

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5

CLÁUSULAS	ASSUNTO	PÁGINA
1	Conceitos	1
1	Dados Gerais do Contrato	4
	Qualificação da CONTRATADA e da CONTRATANTE	4
	Objeto do Contrato	4
	Nome Comercial e Número de Registro do Plano na ANS	4
	Tipo de Contratação	5
	Segmentação Assistencial do Plano	5
	Área Geográfica de Abrangência e Atuação do Plano	5
	Formação de Preço – Contrato	6
	Serviços e Coberturas Adicionais	6
2	Atributos do Contrato	6
3	Condições de Admissão	7
4	Coberturas e Procedimentos Garantidos	11
5	Exclusões de Cobertura	12
6	Duração do Contrato	15
7	Carências	16
8	Atendimento de Urgência e Emergência	18
9	Acesso à Livre Escolha de Prestadores	19
10	Mecanismos de Regulação	22
11	Formação de Preço e Contraprestação	25
12	Forma de Pagamento	27
13	Reajuste Anual	27
14	Regras para Instrumentos Jurídicos de Plano Coletivo – Manutenção de Ex-Empregados Aposentados ou Demitidos sem Justa Causa	28
15	Condições da Perda da Qualidade de BENEFICIÁRIO	33
16	Suspensão/Rescisão	35
17	Privacidade e Proteção de Dados Pessoais	37
18	Disposições Gerais	39
19	Do Foro	42
	Anexo de Cobertura	43

| Conceitos

Os termos abaixo, quando empregados neste Contrato, terão os seguintes significados:

1 – Área de Atuação do Produto: especificação nominal dos municípios e/ou estados de cobertura e operação do Plano, indicados de acordo com a Área Geográfica de Abrangência, nos quais a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas de assistência odontológica nos termos deste Contrato;

2 – Área Geográfica de Abrangência: área em que a **CONTRATADA** está obrigada a garantir as coberturas contratadas. A Área Geográfica de Abrangência pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios;

3 – BENEFICIÁRIO: pessoa física, titular ou dependente, vinculada à **CONTRATADA** por meio de contrato de plano odontológico individual ou familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão;

4 – Carência: período corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano privado de assistência odontológica, durante o qual a **CONTRATANTE** paga as contraprestações pecuniárias, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas;

5 – Cobertura: segmentação assistencial do plano odontológico que garante a prestação de serviços e compreende procedimentos odontológicos e atendimentos de urgência e emergência determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e neste Contrato;

6 – Coparticipação: mecanismo de regulação financeira que consiste na participação na despesa assistencial a ser paga diretamente à **CONTRATADA**, em caso de plano individual e familiar, ou à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, em caso de plano coletivo, após a realização do procedimento;

7 – Dados Pessoais da CONTRATANTE: significa qualquer dado pessoal que pertença à **CONTRATANTE**, que a **CONTRATADA** tenha recebido ou a que tenha tido acesso em conexão com o Contrato;

8 – Emergência: como tal definidos os casos que implicarem risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o **BENEFICIÁRIO**, caracterizados em declaração do médico assistente ou cirurgião-dentista;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5

9 – Franquia: mecanismo de regulação financeira que consiste no estabelecimento de valor até o qual a **CONTRATADA** não tem responsabilidade de reembolso, tampouco de pagamento da assistência à rede credenciada ou referenciada. A franquia é paga pelo **BENEFICIÁRIO** diretamente ao prestador da rede credenciada ou referenciada no ato da utilização do serviço;

10 – Legislação de Proteção de Dados: significa qualquer lei sobre privacidade e proteção de dados, incluindo a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), à qual a **CONTRATADA** esteja sujeita em conexão com o Contrato (incluindo, sem limitação e a título de exemplo, interpretações, decisões, acordos ou diretrizes de qualquer autoridade governamental);

11 – LGPD: significa a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, assim como suas eventuais alterações, regulamentações ou substituições posteriores;

12 – Reajuste: qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-financeiro na carteira em razão da variação dos custos ocorridos no período de um ano ou decorrente do deslocamento do **BENEFICIÁRIO** de uma faixa etária para outra;

13 – Rede Credenciada: conjunto de estabelecimentos de odontologia, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela **CONTRATADA** para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à odontologia, considerando-se ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A lista de todos os prestadores – dentistas, clínicas – com os serviços de especialidades e de acordo com o plano estará disponível no endereço eletrônico da **CONTRATADA**;

14 – Reembolso: mecanismo de regulação que permite o ressarcimento de despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** junto a prestadores de serviços não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos do disposto neste Contrato;

15 – Ressarcimento: restituição das despesas assistenciais realizadas pelo **BENEFICIÁRIO** junto a prestador de serviços não credenciado em razão de atendimentos de urgência ou emergência comprovada quando não for possível a utilização dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**, em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998;

16 – Rol: refere-se ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Rol de Procedimentos e Eventos em Odontologia editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vigente na época da contratação e suas atualizações, bem como as suas Diretrizes de Utilização (DUT), Diretrizes Clínicas e Protocolos de Utilização. Para fins deste Contrato, o Rol compreende a cobertura mínima que deve ser garantida pela **CONTRATADA**, de acordo com a segmentação do plano. A responsabilidade pela atualização do Rol é da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a lista completa de procedimentos contemplados por ele está disponível no seguinte site: www.ans.gov.br;

17 – Tabela Amil de Reembolso: tabela que contém a relação dos procedimentos odontológicos que servirá de base para o cálculo do reembolso de despesas realizadas pelo **BENEFICIÁRIO**, quando do acesso à livre escolha de prestadores, para planos que preveem essa modalidade. Essa relação poderá ser atualizada com inclusões ou exclusões de procedimentos, sempre em conformidade com o Rol. A Tabela de Reembolso está disponível para todos os **BENEFICIÁRIOS** no site da Amil e também se encontra registrada no 4º Ofício de Registro de Títulos e Documentos do Rio de Janeiro;

18 – Urgência: aquela caracterizada por sofrimento intenso de origem odontológica que justifique um atendimento imediato, como curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial; curativo em caso de dor aguda/pulpectomia/necrose; imobilização dentária temporária; recimentação de trabalho protético; tratamento de alveolite; incisão e drenagem de abscesso extraoral e intraoral e reimplante de dente avulsionado;

19 – Violação de Dados Pessoais: significa um incidente de segurança que leve à destruição, perda, alteração e revelação não autorizada ou ao acesso, acidental ou ilegal, de dados pessoais.

1 | Cláusula Primeira

DADOS GERAIS DO CONTRATO

I. QUALIFICAÇÃO DA CONTRATADA E DA CONTRATANTE

1.1 – A AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A., empresa classificada como Medicina de Grupo, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº 32.630-5, doravante denominada **CONTRATADA** e encontra-se qualificada na Proposta Contratual, que é parte integrante deste Contrato.

1.2 – A **CONTRATANTE** é a pessoa jurídica identificada e qualificada na Proposta Contratual e que mantém, na qualidade de **BENEFICIÁRIOS**, a população que com ela possui vínculo empregatício ou estatutário.

II. OBJETO DO CONTRATO

1.3 – O presente Contrato tem por objeto a cobertura de custos de despesas com os procedimentos de assistência odontológica realizadas por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** exclusivamente na rede credenciada, ou o reembolso, desde que nos limites de cobertura previstos neste instrumento e no Rol, em obediência ao que estabelece a Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação.

III. NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS

1.4 – Os planos odontológicos indicados a seguir asseguram a cobertura de custos e despesas odontológicas na rede credenciada, mediante pagamento por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO** ou reembolso, quando este estiver previsto no plano escolhido pela **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Comercial.

- a) **Plano Dental P1500 R PJ** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação e com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 491879227.
- b) **Plano Dental P2500 R PJ** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação e com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 483609190.

- c) **Plano Dental P2500 R COPART PJ** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, com coparticipação e com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 483611191.
- d) **Plano Dental P6500 R PJ** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação e com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 483610193.
- e) **Plano Dental P6500 R COPART PJ** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, com coparticipação e com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 483612190.
- f) **Plano Dental P7500 R PJ** – segmentação assistencial odontológica, com abrangência geográfica nacional, sem coparticipação e com previsão de reembolso, registrado na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o número 491878229.

IV. TIPO DE CONTRATAÇÃO

1.5 – O tipo de contratação do plano é coletivo empresarial, com oferta de cobertura de assistência odontológica aos **BENEFICIÁRIOS** definidos na Cláusula que trata das Condições de Admissibilidade e Elegibilidade.

V. SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL DO PLANO

1.6 – A segmentação assistencial do plano descrito neste Contrato é exclusivamente odontológica.

VI. ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO DO PLANO

1.7 – As coberturas previstas neste Contrato e em seus eventuais anexos serão prestadas na Área Geográfica especificada para o plano, conforme indicado no item “NOME COMERCIAL E NÚMERO DE REGISTRO DO PLANO NA ANS”.

1.7.1 – A **CONTRATADA** disponibilizará, através do site amil.com.br, a relação de todos os prestadores odontológicos (consultórios e clínicas), na qual constarão os serviços de especialidades.

VII. FORMAÇÃO DE PREÇO – CONTRATO

1.8 – A formação de preço do plano é preestabelecida e suas regras estão indicadas na Cláusula Formação de Preço e Contraprestação.

VIII. SERVIÇOS E COBERTURAS ADICIONAIS

1.9 – Os serviços e as coberturas contratuais estão previstos em cláusula própria de Coberturas e Procedimentos Garantidos e no Anexo de Coberturas, ao passo que os serviços e as coberturas adicionais, quando contratados, estarão descritos em Anexo específico.

2 | Cláusula Segunda

ATRIBUTOS DO CONTRATO

2.1 – O presente Contrato estabelece a prestação continuada de serviços ou a cobertura de custos assistenciais na forma de plano privado de assistência à saúde, previsto no inciso I, do art. 1º da Lei nº 9.656/98, e visa à assistência odontológica, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à saúde bucal, e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela ANS, vigente na época do evento. Os serviços serão prestados aos **BENEFICIÁRIOS** por terceiros, de acordo com a área geográfica de abrangência, a rede credenciada do plano contratado, os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente e as demais condições, exclusões e limites definidos neste Contrato.

2.2 – O presente Contrato tem a natureza de contrato aleatório, de adesão e bilateral, gerando, portanto, direitos e obrigações para ambas as Partes, nas formas previstas no Código Civil, no Código de Defesa do Consumidor e na Lei nº 9.656/98, em especial a Resolução Normativa 557/22 da ANS ou qualquer outra que vier a substituí-la. Desse modo, o **BENEFICIÁRIO** tem ciência de que a **CONTRATADA** não está obrigada a oferecer cobertura na hipótese de o procedimento solicitado não constar no Rol, neste Contrato ou em seus eventuais anexos.

3 | Cláusula Terceira

CONDIÇÕES DE ADMISSÃO

3.1 – Na data de início da vigência deste Contrato, a **CONTRATANTE** deverá incluir, no mínimo, 4 (quatro) e até, no máximo, 99 (noventa e nove) **BENEFICIÁRIOS**, entre titulares e dependentes, sendo essas quantidades mínima e máxima condição para início e manutenção do contrato.

3.2 – Poderão ser admitidas como **BENEFICIÁRIO** Titular as pessoas físicas que mantenham com a **CONTRATANTE** relação empregatícia ou estatutária devidamente comprovada, podendo tal vínculo abranger:

- (i) os sócios da **CONTRATANTE**;
- (ii) os administradores da **CONTRATANTE**;
- (iii) os demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à **CONTRATANTE**, ressalvado o disposto no *caput* dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98;
- (iv) os agentes políticos;
- (v) os trabalhadores temporários;
- (vi) os estagiários e os menores aprendizes.

3.3 – Poderão ser admitidos como **BENEFICIÁRIO** Dependente as seguintes pessoas físicas que possuam comprovado grau de parentesco em relação ao **BENEFICIÁRIO** Titular:

- (i) esposa(o) ou companheira(o), condição comprovada mediante a apresentação de certidão de casamento ou de Escritura Pública de União Estável, conforme o caso;
- (ii) filhos(as) solteiros(as) naturais ou adotivos(as) do **BENEFICIÁRIO** Titular, enteado(s), pessoas de quem o **BENEFICIÁRIO** Titular possua guarda provisória ou definitiva e os(as) tutelados(as) pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, na forma da lei;
- (iii) filhos do **BENEFICIÁRIO** Titular maiores de 21 (vinte e um) anos de idade com qualquer deficiência que impossibilite a realização de atividades para o sustento próprio, assim declarados no Imposto de Renda apresentado à Receita Federal do Brasil;

(iv) irmãos(ãs), netos(as), sobrinhos(as) e bisnetos(as).

3.3.1 – Em caso de pedido feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular para a inclusão de filho(s) natural(is) nascido(s) sob vigência do presente Contrato ou de filho(s) adotivo(s) menor(es) de 12 (doze) anos, serão aproveitados os mesmos períodos de carência já cumpridos pelo **BENEFICIÁRIO** titular, desde que a inclusão ocorra em até 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, respectivamente, devendo o **BENEFICIÁRIO** apresentar a respectiva documentação comprobatória do **BENEFICIÁRIO** Dependente e responder pelo respectivo acréscimo na contraprestação pecuniária.

3.3.2 – Caso o pedido de inclusão mencionado no item anterior seja feito pelo **BENEFICIÁRIO** Titular após decorrido o prazo de 30 (trinta) dias, a inclusão do **BENEFICIÁRIO** Dependente ocorrerá com a exigência do cumprimento dos prazos de carência dispostos neste Contrato no tema – “Carências”.

3.4 – Serão considerados **BENEFICIÁRIOS** deste Contrato todos aqueles que: (i) sejam comprovadamente elegíveis nos termos dos itens anteriores; (ii) tenham sido expressamente nomeados pela **CONTRATANTE** e cadastrados pela **CONTRATADA**, de acordo com as normas estabelecidas neste Contrato; (iii) tenham sido habilitados como tal pela **CONTRATANTE** no momento da implantação do Contrato ou venham a ser incluídos posteriormente pela **CONTRATADA**.

3.4.1 – Nenhuma indicação de **BENEFICIÁRIO** Dependente terá valor se não tiver sido feita mediante declaração escrita do **BENEFICIÁRIO** Titular, enviada à **CONTRATANTE** e ratificada pela **CONTRATADA**, na forma prevista na seção Movimentação Cadastral.

3.4.2 – Sem prejuízo das declarações feitas pela **CONTRATANTE** e/ou pelos **BENEFICIÁRIOS**, as quais devem observar a boa-fé objetiva, a **CONTRATADA** poderá exigir, a qualquer tempo, (i) documentos constitutivos da pessoa jurídica **CONTRATANTE**; (ii) documentos que comprovem o vínculo entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e a **CONTRATANTE** – sejam comprovantes de vínculo empregatício, estatutário ou qualquer documento que demonstre a existência de um dos vínculos indicados no item 3.2 deste Contrato, tais como carteira profissional e/ou CAGED ou cadastro de inscrição no FGTS; ou, ainda, (iii) documentos que comprovem o grau de parentesco e/ou a relação de dependência entre o **BENEFICIÁRIO** Titular e seus dependentes, tais como certidão de nascimento ou sentença de adoção, entre outros, cabendo à **CONTRATANTE**, em 72 (setenta e duas) horas, enviar à **CONTRATADA** os documentos solicitados, sob pena de exclusão contratual do **BENEFICIÁRIO** cuja elegibilidade não tiver sido comprovada, sem prejuízo das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis.

3.5 – Com relação aos **BENEFICIÁRIOS**, vigoram, ainda, as seguintes disposições:

3.5.1 – Quando referidos em conjunto, tanto os **BENEFICIÁRIOS** Titulares quanto os **BENEFICIÁRIOS** Dependentes serão denominados, simplesmente, **BENEFICIÁRIOS**;

3.5.2 – A admissão do **BENEFICIÁRIO** Dependente está condicionada à participação do **BENEFICIÁRIO** Titular no plano.

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

3.6 – As inclusões ou exclusões cadastrais de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão ao previsto neste Contrato quanto às regras, aos critérios e às condições de elegibilidade e, quanto aos prazos, deverão ser obedecidas, pela **CONTRATANTE** e seus **BENEFICIÁRIOS**, as seguintes regras:

3.6.1 – Quando do cadastramento dos **BENEFICIÁRIOS**, a **CONTRATANTE** deverá indicar: (i) os nomes e a classificação destes como titulares ou dependentes; (ii) a data de nascimento; e (iii), tratando-se de **BENEFICIÁRIO** Dependente, o grau de parentesco deste para com o **BENEFICIÁRIO** Titular;

3.6.2 – As inclusões e exclusões cadastrais deverão ser informadas pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** no prazo de até 30 (trinta) dias contados da demissão/admissão ou da solicitação de inclusão/exclusão de **BENEFICIÁRIO** Dependente feita pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, decorrentes de casamento, constituição de união estável, nascimento, adoção ou óbito;

3.6.3 – Não serão permitidas inclusões de **BENEFICIÁRIOS** que não tiverem comprovado o vínculo com a **CONTRATANTE**, a qual é responsável pela verificação das condições de admissibilidade do **BENEFICIÁRIO** e pelo envio da documentação correspondente, sem a qual a **CONTRATADA** não poderá proceder à movimentação cadastral;

3.6.4 – Caso a **CONTRATANTE** não observe o dever de apurar o preenchimento, pelo **BENEFICIÁRIO**, das condições de admissibilidade, a **CONTRATADA** reserva-se o direito de, a qualquer tempo, excluir esse **BENEFICIÁRIO** do plano, sem prejuízo: (i) da responsabilização da **CONTRATANTE** por perdas e danos decorrentes dessa inclusão indevida; (ii) da aplicação das penalidades contratuais, cíveis e penais cabíveis; e (iii) do dever da **CONTRATANTE** de ressarcir a **CONTRATADA** pelas despesas decorrentes do descumprimento dessa obrigação e eventuais utilizações por parte do **BENEFICIÁRIO**;

3.6.5 – As exclusões cadastrais poderão ser requeridas pela **CONTRATANTE** ou pelo próprio **BENEFICIÁRIO**, nas hipóteses estabelecidas na cláusula que trata das Condições da Perda da Qualidade de **BENEFICIÁRIO**. O ônus decorrente de utilização indevida do sistema por **BENEFICIÁRIO** excluído do Contrato é da **CONTRATANTE**, ficando a **CONTRATADA** autorizada, desde logo, a efetuar a cobrança dos custos gerados por essa utilização.

3.7 – Para fins de movimentação cadastral eletrônica, a **CONTRATADA** disponibilizará à **CONTRATANTE** senha de uso pessoal e intransferível, que permitirá o acesso a sistema próprio da **CONTRATADA**, ficando o usuário vinculado à referida senha responsável por todas as movimentações realizadas, bem como pelo uso adequado do sistema.

3.7.1 – A movimentação cadastral poderá, ainda, ser feita mediante envio de documentação relativa ao **BENEFICIÁRIO** por portador indicado pela **CONTRATANTE**, ficando esta responsável pela informação e pela entrega do respectivo comprovante que demonstre a veracidade da solicitação.

3.8 – À **CONTRATADA** será concedido o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da Proposta Comercial ou da solicitação de inclusão de **BENEFICIÁRIOS** enviada pela **CONTRATANTE**, para avaliar o pedido (proposta/solicitação de inclusão). Será considerada como data da inclusão aquela indicada na proposta/solicitação de inclusão feita pelo **BENEFICIÁRIO**.

3.9 – A **CONTRATADA** fornecerá aos **BENEFICIÁRIOS** incluídos no Contrato identificação específica, ainda que por meio exclusivamente digital, que os habilitará ao uso dos benefícios previstos no plano. Assegura-se à **CONTRATADA**, a faculdade de cobrar pela segunda via dessa identificação específica, a seu exclusivo critério, se emitida de forma física.

3.10 – No caso de extinção automática do Contrato ou no caso do Contrato no decurso do prazo da denúncia prévia de extinção, não será permitida nenhuma movimentação cadastral até seu efetivo cancelamento, exceto quando solicitado diretamente pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, conforme determina a RN 561/22 da ANS ou eventual normativa que vier a substituí-la.

4 | Cláusula Quarta

COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS

4.1 – Este contrato contempla todas as coberturas e procedimentos previstos no artigo 12, IV, da Lei 9.656/98, incluindo a cobertura dos exames clínicos, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, tais como procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia, desde que previstos como segmentação odontológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento, no presente contrato ou em eventual anexo de coberturas adicionais.

4.1.1 – A rede credenciada a que se refere este contrato é composta por dentistas, serviços de radiologia e clínicas de urgência constantes da relação de profissionais cadastrados pela **CONTRATADA**.

4.2 – A cobertura será assegurada a todos os procedimentos indicados no Anexo de Coberturas, independentemente do local de origem do evento, e se dará nos limites do plano contratado e de acordo com suas características, observando-se, entre outros aspectos, a área de abrangência e as disposições previstas no Rol e no presente instrumento.

4.2.1 – As Coberturas e/ou Serviços Adicionais, quando contratados, estarão incluídos no Anexo específico, que, mencionado na Proposta Contratual, fará parte integrante do presente Contrato.

4.3 – Este Contrato prevê a cobertura dos honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos de segmentação odontológica listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento.

5 | Cláusula Quinta

EXCLUSÕES DE COBERTURA

5.1 – Este Contrato NÃO PREVÊ a cobertura de custos ou reembolso para os eventos excluídos ou sem cobertura obrigatória determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua regulamentação, EM QUALQUER HIPÓTESE, entre os quais, porém não restrito a:

5.1.1 – Qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar, exceto a cobertura de honorários do prestador credenciado (cirurgião-dentista) e materiais odontológicos, quando, por imperativo clínico, for necessária a realização de procedimentos em estrutura hospitalar;

5.1.1.1 – Caracterizam-se como imperativo clínico atos que se impõem em razão das necessidades do **BENEFICIÁRIO**, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção;

5.1.1.2 – O cirurgião-dentista e o médico assistente deverão justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir mais segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades pelos atos praticados;

5.1.1.3 – Estão excluídos desta cobertura os honorários da equipe médica e a estrutura hospitalar, bem como os materiais hospitalares (OPME-órteses, próteses e materiais especiais) e cirúrgicos utilizados na execução desses procedimentos.

5.1.2 – Remoção do **BENEFICIÁRIO**;

5.1.3 – Enfermagem particular e assistência odontológica domiciliar;

5.1.4 – Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

5.1.5 – Tratamentos experimentais e aplicação de medicamentos e/ou materiais importados não reconhecidos pelo órgão oficial governamental brasileiro;

5.1.6 – Tratamentos odontológicos, mesmo que decorrentes de situações de urgência, exames, terapias e consultas odontológicas realizadas ou prescritas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia – CFO ou não habilitados legalmente no Conselho Regional de Odontologia – CRO;

5.1.7 – Procedimentos prestados por dentistas não credenciados, exceto para procedimentos cobertos, de acordo com o plano contratado, e cujo reembolso esteja previsto na cláusula Reembolso de Despesas;

5.1.8 – Exames de laboratório, exceto os que constam como segmentação odontológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde, vigente na época do evento;

5.1.9 – Qualquer atendimento em caso de conflitos, calamidades públicas, comoções internas, guerras, revoluções ou qualquer outra causa que atinja a população como um todo;

5.1.10 – Instalação e manutenção de aparelhos ortodônticos, sejam eles fixos, removíveis, ortopédicos e/ou estéticos, que não estejam especificados no anexo contratual de COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS, bem como reposição desses aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos etc.);

5.1.11 – Dispositivos ortodônticos do tipo alinhadores transparentes/invisíveis, de quaisquer marcas disponíveis no mercado, bem como sua instalação, remoção e/ou manutenções, independentemente da periodicidade destas;

5.1.12 – Implantes ortodônticos com finalidade de ancoragem dentária e/ou movimentação/tração de dentes;

5.1.13 – Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim;

5.1.14 – Todos e quaisquer procedimentos associados à harmonização oral e/ou facial (HOF);

5.1.15 – Lentes de contato dental;

5.1.16 – Todos e quaisquer procedimentos não constantes como de segmentação odontológica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento ou de eventual Anexo de Coberturas Adicionais, que faz parte deste Contrato, quando contratado.

5.2 – Para o produto P1500, além das exclusões especificadas nas cláusulas 5.1.1 à 5.1.16, também estão excluídos de cobertura, os seguintes procedimentos:

5.2.1 – Facetas em cerômero, metalocerâmica e/ou cerâmica pura;

5.2.3 – Coroas Unitárias e Próteses Fixas em resina, cerômero, metalocerâmica e/ou cerâmica pura, que não as já previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde;

5.2.4 – Prótese Parcial Removível e Prótese Total, independente do material;

5.2.5 – Instalação e manutenção de aparelhos ortodônticos, sejam eles fixos, removíveis ou ortopédicos, bem como reposição desses aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos etc.);

5.2.6 – Implante(s) dentário(s) e coroa(s) unitária(s) ou prótese(s) sobre implante(s), independente do tipo de prótese e do material;

5.3 – Para os produtos P2500, além das exclusões especificadas nas cláusulas 5.1.1 à 5.1.16, também estão excluídos de cobertura, os seguintes procedimentos:

5.3.1 – Instalação e manutenção de aparelhos ortodônticos fixos estéticos, autoligáveis e/ou lingual, independente do material, bem como reposição desses aparelhos e/ou acessórios (bandas, botões, ganchos etc.);

5.3.2 – Implante(s) dentário(s) e coroa(s) unitária(s) ou prótese(s) sobre implante(s), independente do tipo de prótese e do material;

5.4 – Para os produtos P6500, além das exclusões especificadas nas cláusulas 5.1.1 à 5.1.16, também estão excluídos de cobertura, os seguintes procedimentos:

5.4.1 – Implante(s) dentário(s) e coroa(s) unitária(s) ou prótese(s) sobre implante(s), independente do tipo de prótese e do material.

6 | Cláusula Sexta

DURAÇÃO DO CONTRATO

6.1 – O período de vigência inicial do contrato será de 24 (vinte e quatro) meses.

6.2 – A data do início da vigência será aquela estabelecida na Proposta Contratual, o dia do efetivo pagamento da primeira contraprestação pecuniária ou qualquer outra data estabelecida pelas Partes, desde que, antes dessa data designada, não tenha sido feito nenhum pagamento, sob pena de, havendo pagamento, considerar-se como vigência inicial a data do pagamento.

6.2.1 – A disponibilização de meio de pagamento para a quitação da primeira contraprestação pecuniária ocorrerá durante o processo de contratação, quando a **CONTRATANTE** assinará declaração com a ciência e concordância quanto aos termos do Contrato.

6.3 – O contrato será renovado automaticamente por prazo indeterminado depois de transcorrida a vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses estipulada no item 6.1 desde que nenhuma das Partes se manifeste contrariamente à sua renovação, no prazo de aviso prévio de 60 (sessenta) dias. No ato de renovação, não caberá cobrança de taxas tampouco a incidência de qualquer período adicional de carências.

6.3.1 – Na renovação do Contrato, será mantida a forma de pagamento vigente no sistema da **CONTRATADA**, ressalvados os casos de impossibilidade de cobrança na forma escolhida, nos termos da Cláusula referente à Forma de Pagamento.

7 | Cláusula Sétima

CARÊNCIAS

7.1 – Para contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é igual ou superior a 30 (trinta), e enquanto essa quantidade mínima for mantida, não será exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize pedido de admissão no Contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**.

7.2 – Para contratos cujo número de **BENEFICIÁRIOS** é inferior a 30 (trinta) e desde que o **BENEFICIÁRIO** formalize pedido de admissão ao Contrato em até 30 (trinta) dias da celebração deste ou de sua vinculação à pessoa jurídica **CONTRATANTE**, será exigido o cumprimento dos prazos de carência, de acordo com o produto contratado, conforme abaixo:

Grupo de Procedimentos	Prazos de Carência
Urgência/Emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consulta	30 (trinta) dias
Radiologia	30 (trinta) dias
Odontologia Preventiva	30 (trinta) dias
Diagnóstico	30 (trinta) dias
Cirurgia oral de menor complexidade	90 (noventa) dias
Dentística Restauradora	90 (noventa) dias
Periodontia	90 (noventa) dias
Endodontia	90 (noventa) dias
Prótese do Rol	180 (cento e oitenta) dias
Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial	180 (cento e oitenta) dias
Odontologia Estética	180 (cento e oitenta) dias
Prótese Extrarrol	180 (cento e oitenta) dias
Ortodontia	180 (cento e oitenta) dias
Laserterapia	180 (cento e oitenta) dias
Implantodontia	180 (cento e oitenta) dias

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5

7.3 – Ressalvadas as hipóteses acima, a inclusão do **BENEFICIÁRIO** ocorrerá com a exigência de cumprimento integral dos prazos de carência e serão contados a partir do ingresso deste no Contrato, nos seguintes limites:

Grupo de Procedimentos	Prazos de Carência
Urgência/Emergência	24 (vinte e quatro) horas
Consulta	30 (trinta) dias
Radiologia	30 (trinta) dias
Odontologia Preventiva	30 (trinta) dias
Diagnóstico	30 (trinta) dias
Cirurgia oral de menor complexidade	90 (noventa) dias
Dentística Restauradora	90 (noventa) dias
Periodontia	90 (noventa) dias
Endodontia	90 (noventa) dias
Prótese do Rol	180 (cento e oitenta) dias
Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial	180 (cento e oitenta) dias
Odontologia Estética	180 (cento e oitenta) dias
Prótese Extrarrol	180 (cento e oitenta) dias
Ortodontia	180 (cento e oitenta) dias
Laserterapia	180 (cento e oitenta) dias
Implantodontia	180 (cento e oitenta) dias

8 | Cláusula Oitava

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

8.1 – Nos limites do plano escolhido, observando-se, entre outros aspectos, a Segmentação Assistencial, a Área Geográfica de Abrangência e a Área de Atuação estabelecidas para este Contrato, além das hipóteses previstas no Rol, estão cobertos os atendimentos nas unidades credenciadas para esse fim, os casos de urgência e emergência definidos abaixo, nos termos desta cláusula.

8.2 – O **BENEFICIÁRIO** terá direito ao ressarcimento unicamente das despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento por serviço odontológico não credenciado e apenas em casos de: (i) urgência ou emergência comprovada ou (ii) impossibilidade justificada de utilização dos serviços contratados, credenciados ou referenciados pela **CONTRATADA**.

8.2.1 – Nesses casos, o ressarcimento somente será realizado: (i) nos limites das obrigações contratuais; (ii) de acordo com a abrangência geográfica contratada e (iii) mediante apresentação dos documentos relacionados nos itens abaixo, tudo em conformidade com o artigo 12, VI, da Lei nº 9.656/1998.

8.2.2 – O ressarcimento somente será pago mediante a apresentação de documentos originais que comprovem o atendimento.

8.2.3 – Os documentos deverão ser entregues ou enviados à **CONTRATADA** no prazo máximo de até 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data em que ocorrer o evento, sob pena de, desrespeitado esse prazo, o **BENEFICIÁRIO** perder o direito ao ressarcimento.

8.2.4 – Se a documentação não contiver todos os dados que comprovem o atendimento, a **CONTRATADA** poderá solicitar envio de nova documentação ou de informações complementares sobre o procedimento. A partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para pagamento.

8.2.5 – O ressarcimento será pago no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, a contar da entrega dos documentos pertinentes, sendo indispensável a indicação do número do CPF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal do Ministério da Fazenda.

9 | Cláusula Nona

ACESSO À LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

9.1 – Para os atendimentos odontológicos cobertos por este Contrato, os **BENEFICIÁRIOS** poderão fazer uso da rede credenciada do Plano escolhido ou buscar atendimento em prestadores de serviços ou auxiliares de diagnóstico não pertencentes à rede credenciada ou referenciada ao plano, nos termos e limites dispostos neste instrumento, desde que o plano contratado preveja essa modalidade.

9.1.1 – Caso o **BENEFICIÁRIO** utilize os serviços odontológicos de profissionais pertencentes à rede credenciada, esses serviços serão pagos pela **CONTRATADA** diretamente ao prestador de serviços, por conta e ordem do **BENEFICIÁRIO**, nos limites e nas condições do plano. Nessa hipótese, não será cabível nenhum pedido de reembolso.

9.1.2 – Caso o **BENEFICIÁRIO** realize seu atendimento com um prestador de serviços não pertencente à rede credenciada, esses serviços serão pagos diretamente pelo **BENEFICIÁRIO**, que poderá solicitar o reembolso das referidas despesas à **CONTRATADA** via central de atendimento, aplicativo ou pelo site amil.com.br.

9.2 – O reembolso a que se refere a presente Cláusula somente será realizado nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a Área de Abrangência Geográfica indicada no Contrato, após a avaliação e comprovação, conforme Tabela de Procedimentos e Reembolso Amil Dental – Linha Premium e com as regras dispostas a seguir:

9.2.1 – O cálculo do montante devido pela utilização da livre escolha de prestadores é feito em função dos Fatores Multiplicadores definidos para o plano escolhido e da quantidade de USO (Unidade de Serviço Odontológico) do procedimento, conforme discriminado na Tabela de Reembolso vigente no momento da contratação e suas atualizações;

9.2.2 – A Tabela de Reembolso que rege o reembolso encontra-se registrada no 4º Registro de Títulos e Documentos – Rio de Janeiro, no site amil.com.br e também na sede da **CONTRATANTE**, para consulta dos **BENEFICIÁRIOS**;

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5

9.2.3 – O valor do reembolso é obtido por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Quantidade de Unidade de Serviço Odontológico*} \times \text{Valor da Unidade de Serviço Odontológico**}}{\text{Fator Multiplicador de Reembolso}}$$

(*) Conforme indicado na Tabela de Reembolso para o procedimento realizado;

(**) Vigente na data da realização do procedimento odontológico.

9.2.4 – Com relação à Unidade de Serviço Odontológico (USO), vigoram as seguintes regras:

- (i) A Unidade de Serviço Odontológico (USO) corresponde a um coeficiente, expresso em moeda corrente nacional e definido no momento da contratação. O valor inicial da USO para consultas, exames e procedimentos será de R\$ 5,54 (cinco reais e cinquenta e quatro centavos) e está disponível para consulta no site amil.com.br, na “área logada do cliente”, ora **BENEFICIÁRIO**;
- (ii) O valor da USO poderá ser reajustado em periodicidade não inferior a 12 (doze) meses, de acordo com a variação do IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Ampliado), respeitando-se sempre o previsto na Consu nº 8, alterada pela Consu nº 15.

9.3 – O Fator Multiplicador de Reembolso para o produto contratado será de acordo com o plano escolhido, conforme discriminado na tabela abaixo:

TABELA DE REEMBOLSO AMIL DENTAL – LINHA PREMIUM				
UNIDADE SERVIÇO ODONTOLÓGICO (USO) em R\$	Múltiplos de Reembolso			
	Dental P1500	Dental P2500	Dental P6500	Dental P7500
R\$ 5,54	Até 2 vezes a tabela Amil Dental Premium	Até 2 vezes a tabela Amil Dental Premium	Até 2 vezes a tabela Amil Dental Premium	Até 2 vezes a tabela Amil Dental Premium

9.4 – Para solicitar o reembolso, o **BENEFICIÁRIO** deverá entregar à **CONTRATADA**, no prazo máximo de até 12 (doze) meses, contados da data do evento, recibo ou nota fiscal válida como recibo e laudos odontológicos, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- (i) Recibo ou nota fiscal com a especificação do(s) procedimento(s) executado(s) na consulta;
- (ii) Nome do **BENEFICIÁRIO** atendido;
- (iii) Nome do titular ou responsável pelo contrato e dados bancários da conta-corrente do titular;
- (iv) Valor unitário dos procedimentos cobrados, assim como o valor de eventual desconto, quando concedido;
- (v) Assinatura do responsável pelo serviço ou assinatura e carimbo do dentista, quando se tratar de consultas ou honorários médicos;
- (vi) CPF e/ou CNPJ, CRO;
- (vii) Endereço legível;
- (viii) Data da realização do evento;
- (ix) Radiografia inicial e final do procedimento realizado (as radiografias podem ser solicitadas somente se necessárias à avaliação técnica do procedimento realizado).

9.4.1 – Caso seja exigida a apresentação de documentos específicos para coberturas contempladas em Anexo de Coberturas Adicionais, a relação completa dos documentos estará contida no respectivo Anexo.

9.4.2 – A **CONTRATADA** não aceitará o desmembramento de recibos para um mesmo evento.

9.5 – Caso a documentação apresentada pelo **BENEFICIÁRIO** não contenha todos os dados indicados no item anterior, a **CONTRATADA** poderá solicitar ao **BENEFICIÁRIO** o envio de documentação ou de informações complementares sobre o procedimento a ser reembolsado. A partir da apresentação desses novos documentos/informações complementares, terá início a contagem de novo prazo para reembolso.

9.5.1 – Somente serão reembolsáveis as despesas vinculadas diretamente ao evento que originou o atendimento ao **BENEFICIÁRIO**.

9.5.2 – A **CONTRATADA** poderá analisar todo e qualquer valor apresentado para fins de reembolso, comparando-os com os valores levantados para práticas idênticas ou similares.

9.6 – Uma vez entregue toda a documentação a que se refere esta cláusula, os valores aprovados para reembolso serão pagos ao **BENEFICIÁRIO** Titular, em um prazo de 24 (vinte e quatro) horas úteis, a contar da data da aprovação do reembolso.

9.6.1 – Para o pagamento do reembolso a que se refere este item, é indispensável a apresentação de documento de identidade e CPF/MF do **BENEFICIÁRIO**, em obediência às normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal, do Ministério da Fazenda.

9.7 – O valor de reembolso das despesas odontológicas provenientes do sistema de livre escolha não será superior ao efetivamente pago e não será inferior ao praticado diretamente na rede credenciada ou referenciada do local da prestação do serviço odontológico realizado.

9.8 – O decurso do prazo de 12 (doze) meses acarretará a perda do direito ao reembolso.

10 | Cláusula Décima

MECANISMOS DE REGULAÇÃO

10.1 – A **CONTRATADA** fornecerá a cada **BENEFICIÁRIO** um cartão de identificação que o habilitará ao uso dos serviços odontológicos, sempre acompanhado de documento de identificação expedido pelos órgãos oficiais.

10.1.1 – O cartão de identificação será disponibilizado, preferencialmente, por meio digital.

10.1.2 – A **CONTRATADA** poderá cobrar pelo fornecimento da segunda via do cartão de identificação, quando disponibilizado por meio físico.

10.2 – Para disponibilização da cobertura, a **CONTRATADA** poderá fazer uso de ferramenta eletrônica vinculada a aplicativo para smartphone disponibilizado por ela, cujo objetivo está voltado à comprovação: (i) da solicitação de procedimento odontológico; (ii) da utilização dos serviços relacionados à cobertura; e (iii) da elegibilidade do **BENEFICIÁRIO** para realização dos atendimentos (consultas, exames e procedimentos).

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: DIVERGÊNCIA

10.3 – As divergências de natureza odontológica sobre o atendimento no presente Contrato serão dirimidas por uma junta odontológica constituída por três membros, sendo um nomeado pela **CONTRATANTE**, outro pela **CONTRATADA** e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados e de comum acordo entre **CONTRATADA** e **CONTRATANTE**. Além disso:

a) Se não houver acordo quanto à escolha do dentista desempatador, a sua designação será solicitada ao presidente de uma das sociedades da classe sediadas na localidade do escritório da **CONTRATADA**.

10.4 – É facultado à **CONTRATADA** firmar acordos com conselhos profissionais para atuarem como desempatadores em juntas médicas ou odontológicas, hipótese que exclui a indicação prevista no item supracitado.

10.5 – Cada uma das partes pagará os honorários e as despesas do odontologista que nomear, quando este não pertencer à rede credenciada, sendo que os honorários do profissional desempatador serão pagos pela **CONTRATADA**, conforme previsto na legislação vigente.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: CONSULTAS E EXAMES

10.6 – Quando da utilização dos serviços cobertos pelo presente Contrato, o **BENEFICIÁRIO** deverá apresentar ao estabelecimento ou profissional credenciado pela **CONTRATADA** cartão de identificação em meio físico ou digital e documento de identidade com foto (nos termos da legislação que regulamenta o Cadastro Nacional de Registro de Identificação Civil). Para utilização dos serviços em clínica de radiologia, deverá apresentar, também, o pedido de exame emitido pelo cirurgião-dentista em receituário timbrado e original. Quando houver disponibilidade no local de atendimento, para efeito de identificação positiva do **BENEFICIÁRIO**, será realizada a validação biométrica (facial, digital etc.).

10.6.1 – Caso o pedido de exame radiológico seja realizado pela rede credenciada, também poderá ser aceito pedido digitalizado encaminhado pelo dentista solicitante através do portal do prestador e visualizado pela clínica radiológica.

10.7 – O **BENEFICIÁRIO** será atendido por dentistas credenciados pela **CONTRATADA**, relacionados na rede credenciada do plano, mediante hora marcada. A data e a hora da consulta serão determinadas por iniciativa do **BENEFICIÁRIO**, de acordo com a agenda do dentista.

10.8 – A qualquer momento, o **BENEFICIÁRIO** poderá ser encaminhado pela **CONTRATADA** para consulta(s) de avaliação, destinada(s) a verificar o bom andamento do tratamento, a manutenção do padrão de qualidade, a aferição do nível de saúde bucal, a elucidação de dúvidas técnicas e/ou liberação de pedido de reembolso, sendo essa(s) consulta(s) de caráter obrigatório. Tal(is) consulta(s) será(ão) realizada(s) por consultores odontológicos da **CONTRATADA**.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: ALTERAÇÕES NA REDE CREDENCIADA

10.9 – A **CONTRATADA** poderá realizar alterações na rede credenciada, para mais ou para menos, nos termos da legislação vigente. A relação completa dos prestadores que compõem a rede credenciada da **CONTRATADA** pode ser consultada através (I) do aplicativo Amil Clientes; (II) área logada no site amil.com.br ou; (III) junto à Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

MECANISMOS DE REGULAÇÃO: COPARTICIPAÇÃO

10.10 – As regras de coparticipação para consultas, exames e demais procedimentos, para aqueles planos, que preveem essa modalidade, seguirão o disposto nesta Cláusula quanto aos valores e percentuais.

10.10.1 – O percentual de coparticipação referente à realização de qualquer procedimento coberto será de 20% (vinte por cento). Para a determinação do valor final a ser pago a título de coparticipação, deverá ser utilizada a seguinte fórmula de cálculo:

$$\begin{array}{c} \text{Percentual de Coparticipação indicado no contrato} \\ \times \\ \text{Valor Unitário do Procedimento custeado pela CONTRATADA(*)} \end{array}$$

(*)Este valor pode variar em função do prestador escolhido pelo **BENEFICIÁRIO**.

11 | Cláusula Décima Primeira

FORMAÇÃO DE PREÇO E CONTRAPRESTAÇÃO

11.1 – O Contrato possui formação de preço preestabelecida e baseia-se nas declarações da **CONTRATANTE**, sendo o pagamento do valor da contraprestação pecuniária realizado antes da utilização das coberturas contratadas.

11.2 – A **CONTRATANTE** obriga-se a pagar à **CONTRATADA** o valor da contraprestação pecuniária correspondente à população incluída e aceita na movimentação cadastral. O valor da contraprestação foi estipulado na data da celebração do Contrato e corresponde ao número de **BENEFICIÁRIOS** indicados na Proposta Contratual.

11.2.1 – Não haverá distinção quanto ao valor da contraprestação pecuniária devida pela **CONTRATANTE** para os **BENEFICIÁRIOS** que vierem a ser incluídos no Contrato e aqueles já vinculados a este.

11.3 – É obrigação da **CONTRATANTE** pagar as contraprestações pecuniárias de acordo com o estabelecido pela **CONTRATADA** quanto ao local, à forma e à data do pagamento, calculadas de acordo com o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos no plano escolhido.

11.3.1 – Os pagamentos deverão ser feitos até a data do vencimento ou no primeiro dia útil subsequente quando o vencimento ocorrer em feriado ou dia em que não haja expediente bancário, reconhecendo-se como comprovante de pagamento o boleto bancário quitado ou outro instrumento de cobrança quitado determinado pela **CONTRATADA**.

11.3.2 – Havendo divergência em relação à quantidade de **BENEFICIÁRIOS** incluídos em cada Plano ou no Grupo de **BENEFICIÁRIOS** de forma global, constatada após a emissão da fatura, os acertos referentes a essas divergências serão realizados no faturamento imediatamente subsequente e não constituem justificativa para eventual atraso no pagamento da respectiva fatura.

11.3.3 – Os impostos e demais encargos que venham a incidir sobre a contraprestação pecuniária serão da responsabilidade da **CONTRATANTE**.

11.4 – Caso a **CONTRATANTE** não receba sua fatura ou outro instrumento de cobrança até 5 (cinco) dias úteis antes do vencimento, deverá comunicar tal fato à **CONTRATADA**. A qualquer momento, a segunda via poderá ser impressa através do site amil.com.br, sendo certo que o não recebimento da fatura ou do instrumento de cobrança não desobriga a **CONTRATANTE** de efetuar o pagamento no prazo de vencimento.

11.4.1 – A atualização de dados cadastrais em caso de alteração de endereço, seja de e-mail ou de correspondência, é de inteira responsabilidade da **CONTRATANTE**, a qual está ciente de que as comunicações entre ela e a **CONTRATADA** serão consideradas válidas quando encaminhadas ao endereço cadastrado.

11.5 – Em casos de atraso no pagamento das contraprestações pecuniárias pela **CONTRATANTE** ou pelos **BENEFICIÁRIOS** definidos nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, a regularização se fará por meio de cobrança de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, sem prejuízo da atualização monetária da contraprestação apurada pelo IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas) ou pelo índice que vier a substituí-lo, além da possibilidade de responder a **CONTRATANTE** por eventuais encargos e penalidades impostos à **CONTRATADA** pelo atraso no pagamento devido à rede credenciada.

11.5.1 – O atraso no pagamento da contraprestação pecuniária poderá importar, ainda, a suspensão da cobertura. Realizado o pagamento, fica certo que não haverá cobertura dos custos ou reembolso das despesas com os procedimentos ou eventos iniciados ou ocorridos durante o período de suspensão.

11.6 – O recebimento de parcelas em atraso pela **CONTRATADA** constituirá mera tolerância, não implicando novação contratual ou transação.

11.7 – O pagamento da contraprestação pecuniária referente a determinado mês não significa estarem pagos ou quitados débitos anteriores.

11.8 – Nenhum pagamento será reconhecido como feito à **CONTRATADA** se a **CONTRATANTE** não possuir comprovantes devidamente autenticados por instituição financeira.

11.9 – Garante-se à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso, incluindo a inscrição da **CONTRATANTE** nos cadastros de inadimplentes mantidos por instituições de proteção ao crédito.

12 | Cláusula Décima Segunda

FORMA DE PAGAMENTO

12.1 – Caberá à **CONTRATANTE**, no momento da assinatura da Proposta Contratual, escolher a forma de pagamento das contraprestações pecuniárias entre as opções fornecidas pela **CONTRATADA**.

12.2 – Quando a opção de pagamento for cartão de crédito, o titular do cartão deverá ser o responsável financeiro ou sócio da empresa.

12.2.1 – Na impossibilidade de cobrança pelo cartão de crédito indicado, a **CONTRATADA** emitirá boleto bancário para a **CONTRATANTE** com o valor devido, sendo mantida a forma de pagamento de cartão de crédito para as contraprestações pecuniárias subsequentes.

12.2.2 – A forma de pagamento será automaticamente alterada para boleto mensal nos casos em que a **CONTRATADA** identificar que o cartão de crédito indicado está indisponível para cobrança.

12.3 – A **CONTRATANTE** poderá solicitar a troca da forma de pagamento durante a vigência do contrato, desde que a troca esteja disponível nos canais da **CONTRATADA** e de acordo com as opções disponíveis.

12.3.1 – A alteração na modalidade de pagamento será realizada pela **CONTRATADA** no faturamento seguinte à solicitação.

12.4 – O responsável financeiro ou responsável pela **CONTRATANTE** poderá optar por pagamento através de débito automático após o início da vigência do Contrato.

13 | Cláusula Décima Terceira

REAJUSTE ANUAL

13.1 – Considera-se reajuste qualquer variação positiva na contraprestação pecuniária, inclusive aquela decorrente de revisão ou reequilíbrio econômico-atuarial do Contrato.

13.1.1 – A contraprestação pecuniária será reajustada anualmente, no aniversário do Contrato ou na periodicidade determinada pela legislação vigente, independentemente da data de inclusão dos **BENEFICIÁRIOS** no Contrato.

13.2 – Será considerado como data-base de aniversário do Contrato o mês de início de sua vigência, sendo vedada a aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano. Os reajustes subsequentes ocorrerão anualmente, respeitando-se a mesma lógica de apuração (variação percentual dos 12 últimos meses).

13.3 – O reajuste anual será composto pelo Índice Financeiro descrito no item 13.4 e, caso os Custos Assistenciais ultrapassem 60% (sessenta por cento) da receita obtida pelo pagamento das contraprestações (índice de sinistralidade do Contrato), será incorporado a esse reajuste também o Índice Técnico descrito no item 13.5, com o objetivo de equilibrar a relação contratual.

13.4 – O Índice Financeiro corresponderá ao Índice Geral de Preços ao Consumidor Ampliado (IPCA-IBGE), apurado nos 12 (doze) meses anteriores à aplicação do reajuste.

13.5 – O Índice Técnico é calculado com base no nível de sinistralidade do Contrato, que corresponde à relação entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do Contrato, apuradas conforme descrito abaixo:

13.5.1 – Para fins de apuração do Índice Técnico, a primeira reavaliação compreenderá as despesas assistenciais e as receitas diretas no período do 3º (terceiro) ao 8º (oitavo) mês de vigência do Contrato. Nas reavaliações subsequentes, o Índice Técnico será apurado considerando os 12 (doze) meses seguintes ao último período avaliado.

13.6 – As disposições referentes ao reajuste anual não afetam ou excluem o reajuste por faixa etária que, quando previsto, seguirá o disposto em seção própria.

14 | Cláusula Décima Quarta

REGRAS PARA INSTRUMENTOS JURÍDICOS DE PLANO COLETIVO – MANUTENÇÃO DE EX-EMPREGADOS APOSENTADOS OU DEMITIDOS SEM JUSTA CAUSA

14.1 – O **BENEFICIÁRIO** titular **demitido ou exonerado sem justa causa** terá o direito de manter essa condição com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de rescisão ou exoneração sem justa causa, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do plano odontológico; (ii) tenha contribuído para o plano contratado em decorrência de vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

14.1.1 – O período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** no plano será de um terço do tempo de contribuição para o plano, assegurando-se um período mínimo de 6 (seis) e máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

14.2 – O **BENEFICIÁRIO** titular **aposentado** terá direito de manter essa condição com as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho em caso de aposentadoria, desde que: (i) tenha optado pela manutenção do seu plano odontológico; (ii) tenha contribuído para o plano contratado pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, em decorrência do vínculo empregatício; e (iii) assuma, perante a **CONTRATADA**, o pagamento integral das contraprestações pecuniárias, observadas as exigências da legislação vigente acerca do tema.

14.2.1 – Caso o tempo de contribuição do **BENEFICIÁRIO** para o plano seja inferior a 10 (dez) anos, o direito à manutenção no plano é garantido à razão de um ano para cada ano de contribuição.

14.3 – O direito à manutenção no plano odontológico de que trata este item extinguir-se-á nas hipóteses previstas na seção que trata da Extinção do Direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, nesta cláusula.

I. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

14.4 – A **CONTRATANTE** obriga-se a dar ciência da existência do direito descrito nesta Cláusula a seus ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados, informando-os quanto às condições de permanência e prazos-limite previstos na legislação específica e neste Contrato.

14.5 – No ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria, a **CONTRATANTE** dará ao ex-empregado a opção pela manutenção de sua condição de **BENEFICIÁRIO** Titular.

14.5.1 – O ex-empregado deverá responder à comunicação da **CONTRATANTE**, informando se aceita ou recusa a oferta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, cabendo à **CONTRATANTE** entregar à **CONTRATADA** cópia da manifestação expressa firmada pelo ex-empregado.

14.5.2 – Por ocasião da dispensa sem justa causa ou aposentadoria, a **CONTRATANTE** obriga-se a demonstrar e a apresentar os comprovantes dos valores pagos por seu ex-empregado a título de contribuição/participação financeira referente à mensalidade do plano.

14.5.3 – Caso responda positivamente à comunicação, a **CONTRATANTE** deverá inseri-lo em plano, de acordo com a legislação vigente.

14.6 – A **CONTRATANTE** obriga-se a apresentar aos **BENEFICIÁRIOS**, a qualquer tempo e quando da opção mencionada pelos itens anteriores, acima, o preço vigente na data da opção, conforme atualizações realizadas pela **CONTRATADA**.

II. CONTRIBUIÇÃO/PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA

14.7 – Entende-se por contribuição/participação financeira todo o valor pago pelo **BENEFICIÁRIO** Titular, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da contraprestação pecuniária do plano odontológico, assim como o pagamento de qualquer valor fixo assumido pelo **BENEFICIÁRIO** que foi incluído em outro plano oferecido por seu empregador, em substituição ao originalmente disponibilizado sem sua participação.

14.7.1 – Não estão contemplados no conceito de contribuição/participação financeira os valores relacionados: (i) aos dependentes e agregados; e (ii) à coparticipação devida pelo **BENEFICIÁRIO** como fator moderador em razão de procedimentos e/ou de utilização da assistência objeto deste Contrato, nos casos que preveem essa modalidade.

14.7.2 – O **BENEFICIÁRIO** Titular que não tenha efetuado o pagamento de contribuição/participação financeira durante o período em que manteve o vínculo empregatício com a **CONTRATANTE** não terá direito a permanecer no plano.

14.8 – Ainda que o pagamento da contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão sem justa causa, exoneração ou aposentadoria, ao ex-empregado são assegurados os direitos previstos nesta Cláusula, na proporção de sua efetiva contribuição.

III. EXTENSÃO AO GRUPO FAMILIAR

14.9 – O direito do ex-empregado de ser mantido no plano na condição de **BENEFICIÁRIO** estende-se ao grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, ressalvado o direito do **BENEFICIÁRIO** de ser mantido individualmente ou de solicitar a manutenção de apenas parte de seu grupo familiar.

14.10 – Em caso de morte do **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que o Contrato esteja vigente, aos **BENEFICIÁRIOS** Dependentes é assegurado o direito de permanecerem cobertos pelo plano, nos termos do disposto neste instrumento.

IV. MANUTENÇÃO DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

14.11 – As contraprestações devidas à **CONTRATADA**, assim como os valores relativos à coparticipação, nos planos que preveem essa modalidade, serão pagas diretamente pelos **BENEFICIÁRIOS** Titulares, até a data do vencimento e nos locais indicados pela **CONTRATADA**, acrescidas dos valores próprios à administração e cobrança individualizada.

14.12 – A manutenção do ex-empregado na condição de **BENEFICIÁRIO**, no mesmo plano em que se encontrava quando vigente a relação de emprego, observará as mesmas cláusulas referentes a reajuste, preço e fator moderador existente durante a vigência do contrato de trabalho.

14.12.1 – O direito assegurado ao **BENEFICIÁRIO** não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

14.12.2 – O valor da contraprestação pecuniária a ser paga pelo ex-empregado demitido sem justa causa ou aposentado deverá corresponder ao valor integral estabelecido na Proposta Contratual, com as devidas atualizações.

14.13 – Ao empregado aposentado que continua trabalhando na empresa **CONTRATANTE** e vem a se desligar dela é garantido o direito de manter sua condição de **BENEFICIÁRIO** na condição de aposentado.

14.14 – O **BENEFICIÁRIO** que estiver inadimplente por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, será excluído do contrato, sem prejuízo da obrigação de pagar os valores em atraso e/ou as despesas porventura realizadas durante o período de inadimplência.

V. PORTABILIDADE – DEMITIDO/APOSENTADO

14.15 – O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa, aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano odontológico individual, familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, desde que possua o vínculo exigido pela norma, administrado por outra operadora de plano de saúde, na forma e nas especificidades previstas nas Resoluções Normativas nº 438 e nº 488, ambas da ANS.

VI. EXTINÇÃO DO DIREITO ASSEGURADO NOS ARTIGOS 30 E 31 DA LEI Nº 9.656, DE 1998

14.16 – O ex-empregado terá seu direito de manutenção extinto se ocorrer qualquer das hipóteses abaixo:

- (i) Decurso dos prazos de manutenção, conforme previsto na Resolução Normativa nº 488, arts. 4º e 5º, parágrafo único;
- (ii) Admissão em novo emprego;
- (iii) Cancelamento do contrato coletivo empresarial ao qual se encontra vinculado.

VII. COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO DO BENEFICIÁRIO

14.17 – Para requerer a efetiva exclusão do **BENEFICIÁRIO** do plano privado de assistência odontológica, a **CONTRATANTE** obriga-se a fornecer à **CONTRATADA** as seguintes informações, acompanhadas dos documentos originais comprobatórios, caso solicitado pela **CONTRATADA**, a qualquer tempo:

- (i) Se o **BENEFICIÁRIO** foi excluído por demissão sem justa causa ou aposentadoria;
- (ii) Se o **BENEFICIÁRIO** aposentado continua vinculado à **CONTRATADA** por relação de emprego, conforme disposto na RN nº 488, art. 22;
- (iii) Se o **BENEFICIÁRIO** contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (iv) Por quanto tempo o **BENEFICIÁRIO** contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
- (v) Se o **BENEFICIÁRIO** optou pela manutenção como **BENEFICIÁRIO** ou se recusou a manter essa condição.

14.18 – A exclusão apenas será aceita pela **CONTRATADA** mediante a comprovação inequívoca, pela **CONTRATANTE**, de que foi dada ao **BENEFICIÁRIO** a opção de manutenção da condição de **BENEFICIÁRIO** da qual gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

14.18.1 – Enquanto a documentação mencionada nos itens anteriores não tiver sido entregue à **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** continuará responsável pelo pagamento integral da contraprestação referente ao respectivo **BENEFICIÁRIO**.

15 | Cláusula Décima Quinta

CONDIÇÕES DA PERDA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

15.1 – A suspensão ou exclusão de **BENEFICIÁRIOS** poderá ser realizada mediante pedido por escrito da **CONTRATANTE**.

15.2 – Na hipótese das Partes utilizarem cartão de identificação por meio físico, a **CONTRATANTE** obriga-se a coletar o referido cartão de identificação destinado ao uso do sistema por parte do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** excluído(s) e a devolver tal documento à **CONTRATADA**, assegurando-se a esta o direito de cobrar todos os valores correspondentes a eventual uso indevido desse documento, para fins de cobertura de assistência constante do presente contrato.

15.3 – A falta de comunicação, pela **CONTRATANTE**, do cancelamento do plano aqui referido, no prazo previsto, implicará a cobrança, pela **CONTRATADA**, das taxas mensais de manutenção do período.

15.4 – A cobertura do(s) **BENEFICIÁRIO(S)** Dependente(s) cessará automaticamente quando perder(em) a condição de dependência do **BENEFICIÁRIO** Titular, bem como em caso de sua morte, respeitando-se o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98.

15.5 – A **CONTRATADA** poderá, ainda, excluir ou suspender o plano do **BENEFICIÁRIO**, independentemente da vigência contratual e sem a necessidade de anuência da **CONTRATANTE** nos seguintes casos:

15.5.1 – Perda dos vínculos do **BENEFICIÁRIO** Titular com a pessoa jurídica **CONTRATANTE**;

15.5.2 – Perda dos vínculos de dependência no caso de **BENEFICIÁRIO** Dependente;

15.5.3 – Fornecimento, pela **CONTRATANTE**, de informações incompletas e/ou inverídicas ou omissão de informações a respeito da população incluída no presente Contrato, mediante procedimento administrativo específico;

15.5.4 – Prática, pela **CONTRATANTE** ou por **BENEFICIÁRIO**, de infrações com o objetivo de obtenção de vantagem ilícita, para si ou para outrem;

15.5.5 – Prática, pelo **BENEFICIÁRIO**, de fraude referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente por ocasião da contratação do plano ou adesão a ele, situação apurada mediante procedimento administrativo específico, bem como de qualquer omissão, falsidade, inexatidão ou erro nas declarações constantes da proposta contratual para contratação coletiva.

15.6 – As exclusões cadastrais implicarão perda imediata do direito à cobertura do atendimento.

15.7 – Independentemente das consequências e responsabilidades legais, nos casos comprovados de fraude, os **BENEFICIÁRIOS** perderão quaisquer direitos e/ou benefícios previstos neste Contrato e não farão jus à devolução de qualquer quantia paga.

15.8 – A **CONTRATANTE** deverá comunicar a extinção do Contrato aos **BENEFICIÁRIOS**, informando-os ainda, caso não haja portabilidade para outra operadora, quanto ao direito de contratar plano individual, com aproveitamento das carências já cumpridas, desde que: (i) a opção ocorra no período de até 30 (trinta) dias contados da data da rescisão ou do desligamento do **BENEFICIÁRIO** e (ii) a **CONTRATADA** possua em comercialização, na época, plano na referida modalidade de contratação.

I. Cancelamento pelo BENEFICIÁRIO Titular

15.9 – O **BENEFICIÁRIO** Titular poderá, a qualquer tempo, solicitar sua exclusão do Contrato, bem como solicitar a exclusão de qualquer de seus dependentes, nos termos dispostos neste item, sem prejuízo do cumprimento das obrigações assumidas pela **CONTRATANTE** no Contrato.

15.9.1 – O pedido de exclusão deverá ser apresentado pelo **BENEFICIÁRIO** à **CONTRATANTE**, que providenciará o respectivo processamento por meio do sítio eletrônico da **CONTRATADA** e/ou pela área logada do portal da empresa, em até 30 (trinta) dias do recebimento do pedido.

15.9.2 – Processado o pedido pela **CONTRATANTE**, ele terá efeito imediato, sendo considerado esse, para todos os efeitos, o momento de exclusão do **BENEFICIÁRIO** pela **CONTRATANTE**.

15.9.3 – Caso o prazo previsto no item anterior não seja cumprido pela **CONTRATANTE**, poderá o **BENEFICIÁRIO** Titular apresentar novo pedido, desta vez diretamente à **CONTRATADA**, o qual deverá ser instruído com cópia do pedido originalmente apresentado à **CONTRATANTE** (e-mail ou carta protocolada), e será processado com efeito imediato, a partir da data do seu recebimento pela **CONTRATADA**.

16 | Cláusula Décima Sexta

SUSPENSÃO/RESCISÃO

I. SUSPENSÃO DO CONTRATO

16.1 – Se a **CONTRATANTE** atrasar o pagamento da contraprestação por período superior a 10 (dez) dias, suspender-se-á, para todos os **BENEFICIÁRIOS**, o direito à cobertura e aos demais benefícios contratuais.

II. RESCISÃO

16.2 – O presente Contrato poderá ser extinto:

16.2.1 – Automaticamente, caso o número de **BENEFICIÁRIOS** inscritos se torne inferior a 4 (quatro), ainda que não tenha sido completado o prazo mínimo de vigência estabelecido no Contrato. Nessa hipótese, será facultado aos **BENEFICIÁRIOS** celebrar contratos individuais, nas bases e condições próprias dos produtos em comercialização pela **CONTRATADA**, inclusive com relação a preço.

16.2.2 – Imotivadamente, por iniciativa de qualquer das partes, após vencido o prazo de vigência inicial, desde que a Parte contrária seja previamente notificada por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ficando ajustado que, no período de aviso prévio, ficam vedadas a inclusão e a exclusão de **BENEFICIÁRIOS**.

16.2.3 – Unilateralmente pela **CONTRATADA**, em caso de atraso: (i) no pagamento das contraprestações pecuniárias por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência; ou (ii) no pagamento das cobranças relativas ao repasse de custos a que se refere o item “Coberturas Extracontratuais e Demais Despesas” por período superior a 60 dias.

16.2.3.1 – O exercício do direito da rescisão e/ou da suspensão previsto no item anterior encontra-se condicionado à comprovada notificação do devedor, a qual deverá ser enviada para o endereço fornecido pela **CONTRATANTE** até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência.

16.2.4 – Unilateralmente pela **CONTRATADA** nas hipóteses de fraude, omissão ou fornecimento de informações incorretas ou inverídicas pela **CONTRATANTE**, para auferir vantagens próprias, para si ou para seus **BENEFICIÁRIOS**, hipóteses essas reconhecidas como violação às disposições contratuais e ao princípio da boa-fé objetiva.

16.2.4.1 – A hipótese de cancelamento por fraude não afasta a prerrogativa da **CONTRATADA** de buscar indenização pelos prejuízos que vier a ter com a cobertura indevidamente concedida, sem prejuízo de outras medidas judicialmente cabíveis.

16.3 – Nos casos em que a **CONTRATANTE** solicitar imotivadamente, antes de transcorrido o prazo de vigência mínima estabelecido no tema “Duração do Contrato”, o cancelamento do contrato ou quando der causa à sua extinção, será aplicada multa rescisória no valor de 03 (três) vezes o valor da última fatura paga.

16.3.1 – A multa rescisória, em razão da descontinuidade do contrato antes de sua vigência mínima, será aplicada no mês subsequente ao cancelamento do contrato, sem prejuízo do pagamento de todas as demais obrigações e encargos contratuais devidos até a data da extinção do Contrato, incluídos os valores relativos a coparticipação e franquias, ainda que futuramente exigidos e sem prejuízo de encaminhamento de ofício ao SPC, Serasa e demais órgãos de proteção ao crédito a exclusivo critério da **CONTRATADA**.

16.3.2 – Fica garantido à **CONTRATADA** o uso dos recursos legais necessários para a cobrança das contraprestações pecuniárias em atraso.

16.3.3 – Observado o disposto nos itens anteriores e sendo verificada a necessidade de restituição de valores, a **CONTRATADA** efetuará a devolução conforme abaixo discriminado:

- I) Para os Contratos com pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer na ocasião do cancelamento do Contrato, a **CONTRATADA** providenciará o cancelamento dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão e cobrará, via cartão de crédito, o valor relativo à multa contratual, que deverá ser paga em uma única parcela pela **CONTRATANTE**. Em caso de indisponibilidade de cobrança via cartão de crédito, a **CONTRATADA** emitirá a cobrança via boleto;
- II) Para os Contratos com pagamento através de cartão de crédito e, em havendo ainda parcelas a vencer, na hipótese de exclusão ou inclusão de **BENEFICIÁRIO** durante vigência do Contrato, a **CONTRATADA** providenciará o estorno dessas parcelas futuras junto à administradora do cartão de crédito, considerada a data da exclusão ou inclusão e, desde que observado o prazo de 30 (trinta) dias para comunicação à Operadora, previsto no tema “Condições de Admissão”;

III) Para os Contratos com pagamento à vista ou, ainda que parcelado, em que o valor anual do plano já tenha sido devidamente quitado, quer seja através de cartão de crédito, quer seja através de boleto bancário, a **CONTRATADA** providenciará o crédito correspondente ao saldo remanescente, descontada eventual multa contratual no caso de cancelamento do contrato, em fatura do cartão de crédito, conta-corrente ou poupança da **CONTRATANTE**.

16.4 – O pedido de exclusão de **BENEFICIÁRIO** poderá ser realizado por meio da central de atendimento.

16.5 – A **CONTRATANTE** se obriga, em caso de encerramento do presente contrato e contratação com outra Operadora/Seguradora de Planos de Saúde, a comunicar a troca de Operadora a todos os **BENEFICIÁRIOS** Titulares e Dependentes vinculados ao contrato, obrigando-se, ainda, a migrar todos eles para a nova Operadora/Seguradora, independentemente da existência ou não de ações judiciais e/ou demandas administrativas, incluindo os **BENEFICIÁRIOS** ativos e/ou inativos que tenham obtido o direito a manutenção da cobertura do plano de saúde por força de lei, determinação judicial ou em decorrência de previsão na política de benefícios da **CONTRATANTE**.

16.5.1 – Sem prejuízo do disposto no item acima, em qualquer hipótese de cancelamento do contrato ou suspensão da cobertura, caberá à **CONTRATANTE** assumir (i) todos os custos decorrentes de sinistros, a partir da data de encerramento do contrato; (ii) as penalidades ou multas e quaisquer outras despesas havidas em decorrência de medida judicial e/ou administrativa e reclamações movida contra a **CONTRATADA**, que envolva os **BENEFICIÁRIOS** vinculados a este contrato, obrigando-se a ressarcí-la, após a comunicação da respectiva ocorrência.

17 | Cláusula Décima Sétima

PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

17.1 – Estas disposições aplicam-se a toda atividade de tratamento de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** que seja realizada pela **CONTRATADA** quando esta estiver tratando dados pessoais que pertençam a **BENEFICIÁRIO** vinculado à **CONTRATANTE**, sempre que tiver recebido ou tido acesso a tais dados pessoais para o propósito de execução deste Contrato.

17.2 – As Partes cumprirão a Legislação de Proteção de Dados que tenha conexão com este Contrato.

17.3 – As Partes garantem que todo o seu pessoal, agentes e subcontratados que tiverem acesso a dados pessoais estarão sujeitos a obrigações de manter a confidencialidade sobre tais dados, a não ser que a revelação seja necessária ao atendimento de qualquer obrigação legal ou regulatória.

17.4 – As Partes implementarão e manterão um programa de segurança da informação apropriado, razoável e por escrito, que inclua medidas físicas, técnicas e organizacionais proporcionais à natureza do dado pessoal tratado sob este Contrato, medidas que correspondam a padrões e boas práticas industriais – ou os superem – e que sejam adequadas a prevenir Violação de Dados Pessoais.

17.5 – A **CONTRATADA** realizará atividades de tratamento de Dados Pessoais da **CONTRATANTE** para a finalidade de execução de contrato e para atendimento de prescrições legais e regulatórias emitidas por autoridades regulatórias, especialmente pelas entidades e autoridades responsáveis pelo setor de saúde suplementar e pela proteção de dados pessoais.

17.6 – A **CONTRATADA** manterá a confidencialidade de todos os dados pessoais relacionados ao Contrato, ressalvadas as provisões regulatórias em sentido diverso.

17.7 – A **CONTRATADA** implementará medidas técnicas e organizacionais para proteger os Dados Pessoais da **CONTRATANTE** contra acessos, perdas, alteração, revelação, destruição não autorizados ou acidentais ou qualquer outra forma de tratamento não autorizada ou ilegal.

17.8 – Caso a **CONTRATADA** colete qualquer dado pessoal em nome da **CONTRATANTE**, esses dados serão coletados de acordo com a forma, o parâmetro ou a exigência legal aplicável, inclusive em relação aos meios de coleta, legalmente especificados. Quando a coleta do consentimento for, de algum modo, necessária ao exercício do presente Contrato, a **CONTRATANTE** será responsável pelas formas de coleta e por manter os registros de cada consentimento coletado.

17.9 – A **CONTRATANTE** fornecerá à **CONTRATADA** toda a assistência razoavelmente necessária para que esta cumpra suas obrigações perante a Legislação de Proteção de Dados (inclusive no que se refere à resposta a solicitações de titulares de dados no exercício de seus direitos e às consultas às autoridades competentes).

17.10 – Segundo opção da **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA**, prontamente, excluirá ou devolverá todos os Dados Pessoais da **CONTRATANTE**, mediante solicitação desta ou na ocorrência de rescisão deste Contrato, a menos que haja obrigação em diferente sentido, nos termos da legislação e regulação aplicável.

17.11 – Mediante solicitação da **CONTRATANTE** ou do Titular de Dados, a **CONTRATADA** deverá corrigir ou atualizar quaisquer Dados Pessoais da **CONTRATANTE** mantidos pela **CONTRATADA**.

17.12 – A **CONTRATADA** terá o direito de ser reembolsada pela **CONTRATANTE** por quaisquer perdas, danos, multas, custos ou despesas (incluindo despesas e desembolsos legais) incorridos pela **CONTRATADA** e que resultem de uma Violação de Dados Pessoais, falha na adoção de medidas de segurança exigidas pelo Artigo 46 da LGPD ou da violação de algum item desta cláusula em relação a quaisquer dados pessoais tratados em conexão com o Contrato. Tais valores serão considerados perdas diretas e serão devidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA**, mediante comprovação.

18 | Cláusula Décima Oitava

DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1 – DOCUMENTAÇÃO: fazem parte do presente Contrato: (i) seus anexos e regulamentos; (ii) a Proposta Contratual; (iii) o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS); e (iv) o Guia de Leitura Contratual (GLC).

18.1.1 – É responsabilidade da **CONTRATANTE** entregar ao **BENEFICIÁRIO** Titular, previamente à adesão ao plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital.

18.1.2 – É responsabilidade da **CONTRATADA** enviar ao **BENEFICIÁRIO** Titular o Guia de Leitura Contratual (GLC), que poderá ser disponibilizado em material impresso ou através de mídia digital, juntamente com o cartão de identificação.

18.1.3 – É responsabilidade de ambas as Partes oferecer, sempre que solicitado pelo **BENEFICIÁRIO** Titular e desde que este tenha disponibilizado seu endereço, cópia das condições gerais do contrato, que conterão, no mínimo, os temas que compõem o Guia de Leitura Contratual.

18.2 – TRANSFERÊNCIA DE PLANOS: as partes acordam que a mudança de plano poderá ser solicitada pela **CONTRATANTE**, de acordo com as opções disponíveis pela **CONTRATADA**.

18.2.1 – Quando da transferência de **BENEFICIÁRIO** para um plano com mais benefícios, será contabilizado o tempo de vigência do plano anterior para o novo, observado que:

18.2.1.1 – Caso a transferência se dê para um plano que contenha: (i) novos benefícios e (ii) nova rede credenciada; e não se trate de casos de Portabilidade/Migração, os **BENEFICIÁRIOS** cumprirão apenas as carências determinadas para esses casos, de acordo com o que estiver previsto no novo plano.

18.3 – COBERTURAS EXTRA CONTRATUAIS E DEMAIS DESPESAS: caso a **CONTRATADA** seja obrigada a oferecer coberturas extracontratuais ou a pagar despesas não previstas no presente Contrato, ainda que por força de decisão judicial ou por procedimento administrativo, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que esta venha a despendar, incluindo o valor da condenação judicial, custas, despesas processuais e administrativas e honorários advocatícios.

18.3.1 – Nos casos em que a **CONTRATANTE** for responsável por reembolsar as despesas acima mencionadas, a **CONTRATADA** notificará a **CONTRATANTE**, dando-lhe ciência quanto à ocorrência da situação para que esta tenha a oportunidade de se manifestar a respeito e indicar, se for o caso, os argumentos de defesa.

18.3.2 – O não envio da notificação indicada no item anterior não desobriga a **CONTRATANTE** de realizar o reembolso à **CONTRATADA**.

18.4 – MEDIAÇÃO: a **CONTRATANTE** obriga-se a informar ao **BENEFICIÁRIO** que é dever deste entrar em contato prévio com a **CONTRATADA**, por intermédio de qualquer de seus canais de atendimento, caso ocorra qualquer conflito relacionado ao presente Contrato, e que nenhuma reclamação deve ser apresentada perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) nem demanda judicial versando sobre os termos deste instrumento deve ser distribuída antes de que essa providência seja tomada, a fim de que se busque a composição de uma solução amigável para o pleito.

18.5 – RESPONSABILIDADES DAS PARTES: as Partes acordam que o ônus decorrente de demandas administrativas – incluindo multas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dos Procons, mas não limitadas exclusivamente a estas – ou judiciais, decorrentes de atos de responsabilidade de cada uma delas nos termos de suas obrigações legais e regulamentares, será por cada qual suportado, de acordo com os critérios expostos a seguir:

18.5.1 – Serão de responsabilidade da **CONTRATANTE** os processos e as demandas motivados por questões administrativas, incluindo, em rol meramente exemplificativo: emissão de boletos, movimentação cadastral, suspensão/cancelamento do Contrato por inadimplência, vigência de contrato, elegibilidade de **BENEFICIÁRIOS**, diferença na aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias (em relação àqueles praticados pela **CONTRATADA** e previstos em Contrato), preenchimento de dados e apresentação de documentos necessários, omissão/inexatidão na informação sobre carências, e rede de atendimento, entre outros.

18.5.1.1 – Caso seja determinada por decisão administrativa ou judicial a redução do valor da mensalidade, caberá à **CONTRATANTE** reembolsar à **CONTRATADA** todo e qualquer valor que a **CONTRATADA** venha a despendar, incluindo o valor da condenação, custas, despesas processuais e honorários advocatícios. A **CONTRATANTE** deverá, ainda, pagar à **CONTRATADA** a diferença de valor da contraprestação, considerando o que será efetivamente pago pelo **BENEFICIÁRIO** e o valor devido.

18.5.2 – Serão de responsabilidade da **CONTRATADA** os processos e as demandas motivados por questões assistenciais e de coberturas contratuais, ressalvados os casos de negativas de atendimento por suspensão ou cancelamento do Contrato decorrente de falha operacional da **CONTRATANTE**, entre outros.

18.5.3 – Será compartilhada igualmente entre as Partes a responsabilidade em relação aos processos e às demandas envolvendo reajuste anual.

18.5.4 – As Partes estabelecem, por fim, que, quando juridicamente possível, a Parte que foi demandada por ato que não seja de sua responsabilidade deverá comunicar a outra Parte para que: (i) compareça espontaneamente em juízo ou perante autoridade competente, reconhecendo sua condição de única e exclusiva responsável, bem como fornecer à outra Parte toda e qualquer documentação solicitada por esta e que seja necessária para garantir sua defesa; e (ii) se possível, substituir a Parte demandada na demanda administrativa ou judicial.

18.6 – **LIBERALIDADE DA CONTRATADA:** a autorização concedida pela **CONTRATADA** para a cobertura de eventos não previstos ou excluídos neste Contrato não confere à **CONTRATANTE** ou ao **BENEFICIÁRIO** direito adquirido e/ou extensão da abrangência de coberturas do presente Contrato, caracterizando mera liberalidade da **CONTRATADA**.

18.7 – TOLERÂNCIA: a tolerância ou a demora da **CONTRATADA** em exigir da **CONTRATANTE** o cumprimento de quaisquer das obrigações aqui previstas ou mesmo a sua omissão quanto a tais questões não será considerada novação, podendo, conforme o caso, a qualquer tempo, ser exigido seu cumprimento.

18.8 – NÃO PRESUNÇÃO: não se admite a presunção de que a **CONTRATADA** ou a **CONTRATANTE** possam ter conhecimento de circunstâncias que não constem deste Contrato ou de comunicação posterior por escrito.

18.9 – SUB-ROGAÇÃO: a **CONTRATADA** ficará sub-rogada em todos os direitos e ações da **CONTRATANTE** contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tenham causado as despesas cobertas pela **CONTRATADA** ou para elas tenham concorrido, obrigando-se a **CONTRATANTE** a facilitar os meios necessários ao exercício dessa sub-rogação.

18.10 – ENVIO DE INFORMAÇÕES À ANS: conforme disposto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em resolução normativa própria, o envio de informações relativas à assistência odontológica prestada aos **BENEFICIÁRIOS** é responsabilidade da **CONTRATADA**, que as enviará por intermédio do Coordenador de Informações em Saúde que houver cadastrado perante a Agência. Resguardadas as prerrogativas e obrigações profissionais do Coordenador, a **CONTRATADA** responde pela omissão ou incorreção dos dados enviados, os quais serão preservados de acordo com a garantia de sigilo médico de informações.

18.11 – DECLARAÇÕES: a **CONTRATANTE** declara, neste ato, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas são verdadeiras, declarando, ainda, que todas as inclusões de **BENEFICIÁRIOS** obedecerão às regras estabelecidas neste Contrato, principalmente no que tange à elegibilidade destes, responsabilizando-se administrativa, penal e civilmente pelo ressarcimento das perdas e dos danos decorrentes de eventual inclusão indevida, sem prejuízo da aplicação das penalidades contratuais cabíveis em razão do descumprimento dessa obrigação.

18.12 – CONTRATOS COM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: os contratos que vierem a ser celebrados com a administração pública direta ou indireta obedecerão aos termos do respectivo edital e à Lei nº 8.666/93 ou a que eventualmente vier a substituí-la.

18.13 – Os casos omissos deverão ser resolvidos entre as partes, sendo objeto de novo termo aditivo ao presente Contrato.

19 | Cláusula Décima Nona

DO FORO

19.1 – Fica eleito o foro de domicílio da **CONTRATANTE** para dirimir as questões oriundas do presente Contrato.

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5

Anexo de Cobertura

Neste documento, são apresentados as COBERTURAS E OS PROCEDIMENTOS GARANTIDOS no Contrato de Cobertura de Assistência Odontológica Pessoa Jurídica PREMIUM PME DENTAL 5.

Este Contrato contempla as COBERTURAS BÁSICAS (B), que são todas as coberturas e procedimentos previstos como segmentação odontológica no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente na época do evento e que são garantidos em todos os produtos de segmentação odontológica; também as COBERTURAS ADICIONAIS (A), que são aquelas que excedem as previsões da ANS e que serão prestadas sempre que se verificar a ocorrência de riscos previstos e cobertos pelo Contrato, desde que o evento não se enquadre como “risco excluído” ou “não coberto”.

A **CONTRATANTE** declara conhecer e aceitar os termos deste Anexo, em especial quando ele tratar de cláusulas limitativas que, eventualmente, se encontrem dispersas ao longo do texto.

O **BENEFICIÁRIO** poderá utilizar as coberturas durante o prazo de vigência do Contrato e dentro da área geográfica de abrangência do produto contratado.

DENTAL P1500

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	COLOCAÇÃO DE UM MEDICAMENTO QUE VISA À CICATRIZAÇÃO DA POLPA EXPOSTA DURANTE A REMOÇÃO DA CÁRIE. MESMO COM A COLOCAÇÃO DESTA MEDICAÇÃO, PODE HAVER A NECESSIDADE DE TRATAMENTO DE CANAL.	B
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	PROCEDIMENTO PARA COLAR UM PEDAÇO DO DENTE QUEBRADO.	B
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H	CONSULTA ODONTOLÓGICA EM CENTROS 24 H, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
00011200	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM HORÁRIO COMERCIAL	CONSULTA ODONTOLÓGICA REALIZADA EM HORÁRIO COMERCIAL, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, COM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL QUE PROMOVE O CONTROLE DA HEMORRAGIA.	B
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, SEM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES DE LEITE (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA NOS DENTES DE LEITE).	B
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU INFLAMAÇÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85200034	PULPECTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA COMPLETA DA POLPA (NERVO) DO DENTE PERMANENTE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85200042	PULPOTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE.	B
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE DE LEITE.	B
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	COLAGEM DE COROAS OU PRÓTESES FIXAS QUE CAÍRAM, UTILIZANDO-SE UM MATERIAL ADESIVO E PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	B
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	RECOLOCAÇÃO DE UM DENTE QUE, POR MOTIVO DE TRAUMA, FOI EXPELIDO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE FICA A RAIZ DO DENTE).	B
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA FORA DA BOCA.	B
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA DENTRO DA BOCA.	B
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	UTILIZAÇÃO DE PONTOS OU OUTROS MATERIAIS PARA JUNÇÃO DE TECIDOS QUE PASSARAM POR INCISÕES (CORTES) INTERNAS OU EXTERNAS À CAVIDADE BUCAL.	B
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	TRATAMENTO DA INFLAMAÇÃO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE A RAIZ DO DENTE FICAVA ANTES DE SER REMOVIDO).	B
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO E/OU INFECÇÃO DE GENGIVA E TECIDO ÓSSEO DE UM DENTE.	B
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	REPARO DA COROA PROVISÓRIA USANDO-SE RESINA ACRÍLICA. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CONSULTA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA	CONSULTAS PARA ACOMPANHAMENTO E EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO/CIRURGIAS. O DENTISTA PODE PEDIR EXAMES/AVALIAR CICATRIZAÇÃO.	B
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
82000700	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA APÓS ORIENTAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
00011413	CONSULTA EM AMBIENTE HOSPITALAR	CONSULTA E/OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A
00044446	DESLOCAMENTO PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR	DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING	RADIOGRAFIA FEITA DENTRO DA BOCA, PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES.	B
00012164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES. EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	RAIO-X QUE É FEITO DENTRO DA BOCA, PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012176	RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NA CLÍNICA DE RADIOLOGIA.	B
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA UMA VISÃO GERAL DOS DENTES E ESTRUTURAS DE SUPORTE.	B
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012152	RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NA CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000553	DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL (GRAVAÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS EM MÍDIA DIGITAL) PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO DENTISTA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00012103	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS) PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO.	A
81000324	RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO QUE FAZ A ABERTURA E O FECHAMENTO DA BOCA, UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DA ARTICULAÇÃO NAS POSIÇÕES BOCA ABERTA (MÁXIMA ABERTURA), REPOUSO E BOCA FECHADA (EM OCLUSÃO). EXAME REALIZADO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	A
81000561	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA	RADIOGRAFIA PARA INVESTIGAR A PRESENÇA DE LESÃO OU FRATURA NA REGIÃO DA PARTE DE BAIXO DA BOCA, NO CORPO DA MANDÍBULA.	A
81000430	RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A
81000472	TELERRADIOGRAFIA	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO.	A
00012389	TELERRADIOGRAFIA FRONTAL	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE LADO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA QUE PARALISA O PROGRESSO DA CÁRIE. EM GERAL, UTILIZADA EM CRIANÇAS.	B
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES, COM O USO DE BROCAS PARA APROFUNDAMENTO DESSE SULCO, QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	APLICAÇÃO DE FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	APLICAÇÃO DE VERNIZ COM FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR HIGIENE BUCAL PARA OS PAIS E/OU OS CUIDADORES DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.	B
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	ORIENTAÇÕES DE HIGIENE PARA REALIZAR A REMOÇÃO DE PLACA BACTERIANA DA CAVIDADE BUCAL.	B
84000171	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE	CONSULTA DE CONTROLE DA EVOLUÇÃO DA CÁRIE INICIAL E SUPERFICIAL.	B
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE.	B
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE AO CALOR OU FRIO.	B
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	PROCEDIMENTO EM QUE O DENTISTA REALIZA A LIMPEZA E O POLIMENTO DA COROA DO DENTE, UTILIZANDO PASTA DE PROFILAXIA E INSTRUMENTAL OU OUTRAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES.	B
84000201	REMINERALIZAÇÃO	PROCEDIMENTO PARA DEVOLVER AO DENTE MINERAIS PERDIDOS. ESTÁ RELACIONADO À SENSIBILIDADE DENTÁRIA.	B
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	REMOÇÃO DE ELEMENTOS RETENTIVOS, DIMINUINDO O ACÚMULO DE PLACA (OBTURAÇÃO COM EXCESSO).	B
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	APARELHO FIXO QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	APARELHO REMOVÍVEL QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000239	BIÓPSIA DE BOCA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA BOCA PARA ESTUDO EM LABORATÓRIO.	B
82000247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA GLÂNDULA QUE PRODUZ SALIVA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS DESTA GLÂNDULA EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000255	BIÓPSIA DE LÁBIO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO LÁBIO, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000263	BIÓPSIA DE LÍNGUA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DA LÍNGUA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MAXILA (ARCADA SUPERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
81000111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME DE AVALIAÇÃO DE CÉLULAS DA BOCA POR COLETA FEITA ATRAVÉS DE RASPAGEM DO TECIDO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE LESÕES. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	EXAME QUE MEDE A QUANTIDADE DE SALIVA PRODUZIDA (FLUXO SALIVAR) NUM DETERMINADO INTERVALO DE TEMPO.	B
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	EXAME QUE AVALIA O PH DA SALIVA.	B
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA.	A
81000200	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE (CONHECIDA COMO "SAPINHO").	A
81000219	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MAU HÁLITO.	A
81000235	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE BAIXA PRODUÇÃO DE SALIVA (BOCA SECA).	A
84000228	TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA	EXAME DA PROPRIEDADE QUE A SALIVA TEM DE MANTER O SEU PH REGULAR.	A
84000236	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA	EXAME DE CONTAGEM DE MICRO-ORGANISMOS TOTAIS PRESENTES NA BOCA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000034	ALVEOLOPLASTIA	REMOÇÃO CIRÚRGICA DE IRREGULARIDADES NA REGIÃO ÓSSEA LOGO APÓS A EXTRAÇÃO DE UM DENTE.	B
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE COM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000077	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DO DENTE (COM DUAS RAÍZES) E INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000085	APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NAS RAÍZES REMANESCENTES.	B
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NO APROFUNDAMENTO DO ESPAÇO ENTRE A REGIÃO DA GENGIVA E OS LÁBIOS (SUPERIOR E/OU INFERIOR) OU BOCHECHAS, PARA MELHOR ADAPTAR PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (DENTADURA) OU PRÓTESE REMOVÍVEL (PONTE MÓVEL).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000298	BRIDECTOMIA	REMOÇÃO TOTAL DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000301	BRIDOTOMIA	CORTE PARA ALÍVIO DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MAXILA (ARCADA SUPERIOR).	B
82000360	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR).	B
82000387	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO, EM UM DOS LADOS DA MANDÍBULA.	B
82000395	CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NO PALATO (CÉU DA BOCA).	B
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO EM LESÕES OU REGIÕES ESPECÍFICAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL, OBTIDA POR MEIO DE RASPAGEM COM ESPÁTULAS (MADEIRA OU METAL) E QUE SERÁ ENCAMINHADA AO LABORATÓRIO PARA ANÁLISE.	B
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA DE RETORNO APÓS UMA CIRURGIA PARA AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO, REMOÇÃO DOS PONTOS E ORIENTAÇÕES.	B
82000557	CUNHA PROXIMAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO OU GENGIVAL PARA FACILITAR A EXECUÇÃO DE OUTRO PROCEDIMENTO NA MESMA REGIÃO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO QUE TEVE UM AUMENTO DE TAMANHO, LOCALIZADO NOS TECIDOS MOLES DA BOCA (GENGIVA, BOCHECHA, OUTROS).	B
82000778	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DO CÁLCULO SALIVAR.	B
82000786	EXÉRESE OU EXCISÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE CISTOS ODONTOLÓGICOS.	B
82000794	EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000808	EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000816	EXODONTIA A RETALHO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DE DENTE COM UM CORTE MAIOR (FACILITAÇÃO DO ACESSO CIRÚRGICO).	B
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS, IMPACTADOS (DENTRO DO OSSO) E SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/ PROTÉTICA	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE APÓS FINALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO E/OU PROTÉTICO.	B
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOVER RAIZ RESIDUAL DO DENTE.	B
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS/ SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS	REMOÇÃO DE DENTE SEMI-INCLUSO E IMPACTADO (COM OSSO EM CIMA DO DENTE).	B
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	REMOÇÃO DE DENTE DE LEITE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE.	B
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B
82001758	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REALIZAÇÃO DE UMA INCISÃO NO CISTO, PARA DIMINUIÇÃO DO TAMANHO, QUANDO NÃO ESTÁ INDICADA A REMOÇÃO DE IMEDIATO.	B
82001073	ODONTOSSECÇÃO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA SEPARAÇÃO DAS RAÍZES DE UM DENTE COM MAIS DE UMA RAIZ (MANUTENÇÃO DE UMA DAS RAÍZES OU AINDA TÉCNICA CIRÚRGICA NA REMOÇÃO DE DENTES).	B
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA POR ASPIRAÇÃO.	B
82001120	PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA, COM AUXÍLIO DE IMAGEM.	B
82001154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVOLABIAL	CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DE FENDA NO LÁBIO E NA GENGIVA (LÁBIO LEPORINO).	B
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA REMOVER DENTES COM INDICAÇÃO, QUE SE ENCONTRAM DENTRO DA GENGIVA E/OU DO OSSO.	B
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	CIRURGIA PARA REMOÇÃO DA LESÃO QUE ESTÁ RELACIONADA A UM DENTE (ODONTOMA).	B
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR	TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA EM CASOS NOS QUAIS SE FAZ NECESSÁRIA A SEPARAÇÃO DA COROA E DA RAIZ DO DENTE DURANTE A CIRURGIA.	B
82001529	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCOSSINUSAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	B
82001553	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001588	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001685	TUNELIZAÇÃO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA FACILITAR A HIGIENE NOS DENTES QUE PASSARAM POR TRATAMENTO GENGIVAL COM O REPOSICIONAMENTO ÓSSEO E/OU GENGIVAL.	B
82001707	ULECTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER CAPUZ DE GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B
82001715	ULOTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER PARTE DA GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001448	SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA DE SEDAÇÃO LEVE E CONTROLADA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E, ASSIM, A REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE UMA MÁSCARA NASAL PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82001456	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E, ASSIM, A REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE MEDICAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO.	A
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCONASAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	A
82001545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL (REGIÕES COM FREIOS, TECIDO FIBROSO).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM ACRÉSCIMO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM DESGASTES NOS DENTES E/OU RESTAURAÇÕES EXISTENTES.	B
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	CONFECÇÃO DIRETA NO DENTE DO PACIENTE DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES SEM O USO DE RECURSOS DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE.	B
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	PREENCHIMENTO DE MATERIAL DENTRO DO DENTE APÓS TRATAMENTO DE CANAL, PARA SUPORTAR UMA COROA OU PRÓTESE. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO DENTISTA EM CONSULTÓRIO.	B
83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE DE LEITE.	B
85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE PERMANENTE.	B
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
00015264	RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	OBTURAÇÃO PARA COBRIR A PARTE DA RAIZ QUE ESTÁ EXPOSTA PARA FORA DA GENGIVA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 1 FACE	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 2 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 3 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 4 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/ TRATAMENTO EXPECTANTE	PROCEDIMENTO DE COBRIR DENTE QUE ESTÁ ABERTO, DEVIDO A CÁRIE OU QUEDA DE RESTAURAÇÃO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E, DEPOIS, OBTURAR O DENTE COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85100234	TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO	TRATAMENTO DE MANCHA NO DENTE, CAUSADA POR FLÚOR, COM MATERIAL ABRASIVO.	A

PERIODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	AUMENTO DA PARTE DO DENTE EXPOSTA (COROA – PARTE FORA DA GENGIVA), COM A REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO AO REDOR DESSE DENTE. VISA MELHOR ADAPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE OU RESTAURAÇÃO.	B
82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM INCISÃO E AFASTAMENTO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA PARA TER ACESSO AO LOCAL.	B
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO TECIDO ÓSSEO NA REGIÃO DE UM DENTE OU GRUPO DE DENTES PARA REALIZAÇÃO DE RASPAGEM PROFUNDA (TENTATIVA DE DIMINUIÇÃO DO ESPAÇO ENTRE O TECIDO ÓSSEO E A GENGIVA).	B
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B
82000689	ENXERTO PEDICULADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PERIODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000921	GENGIVECTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL.	B
00014397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL (EM UM DENTE ESPECÍFICO).	B
82000948	GENGIVOPLASTIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTA NA REMOÇÃO CIRÚRGICA GENGIVAL (TECIDO DE CONTORNO DOS DENTES).	B
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES PERMANENTES (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA).	B
85300039	RASPAGEM SUBGENGIVAL/ ALISAMENTO RADICULAR	LIMPEZA PROFUNDA DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B
85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	LIMPEZA DA COROA DO DENTE E PARTE DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	TRATAMENTO PARA INFECÇÃO BUCAL (DENTE E/OU GENGIVA E TECIDOS DE SUPORTE).	B
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO/INFECÇÃO AGUDA GENERALIZADA NA CAVIDADE BUCAL.	B
82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM APLICAÇÃO DE MINERAL ÓSSEO NA REGIÃO.	A
00000346	DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL (GRAVAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (14 RADIOGRAFIAS PEQUENAS INTRABUCAIS <=> PERIAPICAIS) PARA O DENTISTA AVALIAR E PLANEJAR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200174	CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO QUE ESTÁ DENTRO DO CANAL.	B
85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CANAL PARA A REALIZAÇÃO DE UM NOVO TRATAMENTO DE CANAL.	B
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	REMOÇÃO DA ESTRUTURA METÁLICA (PINO) DE DENTRO DO CANAL.	B
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM MAIS DE DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM UMA RAIZ, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO NO CANAL (PERFURAÇÃO DO ASSOALHO DO DENTE <=> FATO INESPERADO DURANTE UM TRATAMENTO DE CANAL).	B
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE, COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS (UTILIZADOS QUANDO A RAIZ AINDA ESTÁ EM FORMAÇÃO).	B
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE DE LEITE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO) E DESINFECÇÃO DO CANAL.	B
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (MAIS DE DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (UMA RAIZ), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	CLAREAMENTO DE DENTE ESCURECIDO PELO TRATAMENTO DE CANAL COM O USO DE PRODUTOS CLAREADORES DENTRO DO CANAL. PODE HAVER OU NÃO O SUCESSO NO CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	COROA (METÁLICA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	COROA PROVISÓRIA COM PINO (FIXAÇÃO DENTRO DA RAIZ DO DENTE) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	COROA PROVISÓRIA SEM PINO DENTRO DA RAIZ DO DENTE, CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES INCISIVOS, LATERAIS E CANINOS). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400149	COROA TOTAL METÁLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL, SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	ESTRUTURA DE METAL CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	PINO COLOCADO NA RAIZ DOS DENTES APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA DAR SUSTENTAÇÃO E SUPORTE PARA COROAS.	B
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	PROCEDIMENTO PARA O PREPARO DA RAIZ APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA ACOMODAR E COLOCAR O PINO.	B
85400459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	PEÇA PROVISÓRIA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A COLOCAÇÃO DA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA DEFINITIVA.	B
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	REMOÇÃO DE COROAS, PRÓTESES FIXAS, PARA AVALIAÇÃO E CONFECCÃO DE NOVAS.	B
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	BLOCO EM METAL PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	B
00041227	NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO	ESTRUTURA DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A ARTICULAÇÃO QUE FAZ A BOCA ABRIR E FECHAR.	B
00081610	TRATAMENTO DA FASE AGUDA DAS DISFUNÇÕES DE ATM (AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÕES)	TRATAMENTO DA FASE AGUDA DAS DISFUNÇÕES DA ATM (DOR, DIFICULDADE DE ABERTURA DA BOCA).	B
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	PLACA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, USADA NOS CASOS EM QUE O PACIENTE RANGE OS DENTES (BRUXISMO) E PARA RELAXAMENTO MUSCULAR NOS CASOS DE APERTAR OS DENTES.	A
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM	TRATAMENTO PARA DESLOCAMENTO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM.	A

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE MOLDEIRA E GEL CLAREADOR DE ACORDO COM A TÉCNICA INDICADA PELO PROFISSIONAL. PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE PRODUTOS CLAREADORES E LUZ PARA ATIVAÇÃO DESSES PRODUTOS. DE ACORDO COM A TÉCNICA, O TRATAMENTO PODE DURAR MAIS DE UMA SESSÃO E PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
81000090	CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CONSULTA REALIZADA PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO, EXPLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DE CLAREAMENTO FEITO PELO CLIENTE.	A
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	MOLDEIRA TRANSPARENTE, ONDE SERÁ INSERIDO O GEL CLAREADOR E DEPOIS A MOLDEIRA É COLOCADA NA BOCA PARA A REALIZAÇÃO DO CLAREAMENTO CONVENCIONAL (CASEIRO).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTAL P2500

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	COLOCAÇÃO DE UM MEDICAMENTO QUE VISA À CICATRIZAÇÃO DA POLPA EXPOSTA DURANTE A REMOÇÃO DA CÁRIE. MESMO COM A COLOCAÇÃO DESTA MEDICAÇÃO, PODE HAVER A NECESSIDADE DE TRATAMENTO DE CANAL.	B
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	PROCEDIMENTO PARA COLAR UM PEDAÇO DO DENTE QUEBRADO.	B
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H	CONSULTA ODONTOLÓGICA EM CENTROS 24 H, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
00011200	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM HORÁRIO COMERCIAL	CONSULTA ODONTOLÓGICA REALIZADA EM HORÁRIO COMERCIAL, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, COM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL QUE PROMOVE O CONTROLE DA HEMORRAGIA.	B
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, SEM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES DE LEITE (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA NOS DENTES DE LEITE).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU INFLAMAÇÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85200034	PULPECTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA COMPLETA DA POLPA (NERVO) DO DENTE PERMANENTE.	B
85200042	PULPOTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE.	B
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE DE LEITE.	B
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	COLAGEM DE COROAS OU PRÓTESES FIXAS QUE CÁIRAM, UTILIZANDO-SE UM MATERIAL ADESIVO E PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	B
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	RECOLOCAÇÃO DE UM DENTE QUE, POR MOTIVO DE TRAUMA, FOI EXPELIDO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE FICA RAIZ DO DENTE).	B
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA FORA DA BOCA.	B
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA DENTRO DA BOCA.	B
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	UTILIZAÇÃO DE PONTOS OU OUTROS MATERIAIS PARA JUNÇÃO DE TECIDOS QUE PASSARAM POR INCISÕES (CORTES) INTERNAS OU EXTERNAS À CAVIDADE BUCAL.	B
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	TRATAMENTO DA INFLAMAÇÃO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE A RAIZ DO DENTE FICAVA ANTES DE SER REMOVIDO).	B
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO E/OU INFECÇÃO DE GENGIVA E TECIDO ÓSSEO DE UM DENTE.	B
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	REPARO DA COROA PROVISÓRIA USANDO-SE RESINA ACRÍLICA. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CONSULTA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA	CONSULTAS PARA ACOMPANHAMENTO E EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO/CIRURGIAS. O DENTISTA PODE PEDIR EXAMES/AVALIAR CICATRIZAÇÃO.	B
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
82000700	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA APÓS ORIENTAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
00011413	CONSULTA EM AMBIENTE HOSPITALAR	CONSULTA E/OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CONSULTA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00044446	DESLOCAMENTO PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR	DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A

RADIOLOGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PERIAPICAIAS, PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING	RADIOGRAFIA FEITA DENTRO DA BOCA, PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES.	B
00012164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES. EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	RAIO-X QUE É FEITO DENTRO DA BOCA, PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012176	RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NA CLÍNICA DE RADIOLOGIA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA UMA VISÃO GERAL DOS DENTES E ESTRUTURAS DE SUPORTE.	B
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012152	RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NA CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000553	DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL (GRAVAÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS EM MÍDIA DIGITAL), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO DENTISTA.	A
00012103	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00012341	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA.	A
00012353	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA.	A
81000278	FOTOGRAFIA	FOTOGRAFIA COM FINALIDADE DE AVALIAÇÃO.	A
81000324	RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO QUE FAZ A ABERTURA E O FECHAMENTO DA BOCA, UTILIZADA PARA AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DA ARTICULAÇÃO NAS POSIÇÕES BOCA ABERTA (MÁXIMA ABERTURA), REPOUSO E BOCA FECHADA (EM OCLUSÃO). EXAME REALIZADO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	A
81000561	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA	RADIOGRAFIA PARA INVESTIGAR A PRESENÇA DE LESÃO OU FRATURA NA REGIÃO DA PARTE DE BAIXO DA BOCA, NO CORPO DA MANDÍBULA.	A
81000430	RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A
81000472	TELERRADIOGRAFIA	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO.	A
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO, COM ESTUDO DE TRAÇADOS.	A
00012389	TELERRADIOGRAFIA FRONTAL	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE LADO.	A
81000537	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	ESTUDO E PLANEJAMENTO (MEDIDAS) DAS ESTRUTURAS DO CRÂNIO E DA FACE, UTILIZADO NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA QUE PARALISA O PROGRESSO DA CÁRIE. EM GERAL, UTILIZADA EM CRIANÇAS.	B
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES, COM O USO DE BROCAS PARA APROFUNDAMENTO DESSE SULCO, QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	APLICAÇÃO DE FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	APLICAÇÃO DE VERNIZ COM FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR HIGIENE BUCAL PARA OS PAIS E/OU OS CUIDADORES DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.	B
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	ORIENTAÇÕES DE HIGIENE PARA REALIZAR A REMOÇÃO DE PLACA BACTERIANA DA CAVIDADE BUCAL.	B
84000171	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE	CONSULTA DE CONTROLE DA EVOLUÇÃO DA CÁRIE INICIAL E SUPERFICIAL.	B
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE.	B
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE AO CALOR OU FRIO.	B
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	PROCEDIMENTO EM QUE O DENTISTA REALIZA A LIMPEZA E O POLIMENTO DA COROA DO DENTE, UTILIZANDO PASTA DE PROFILAXIA E INSTRUMENTAL OU OUTRAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES.	B
84000201	REMINERALIZAÇÃO	PROCEDIMENTO PARA DEVOLVER AO DENTE MINERAIS PERDIDOS. ESTÁ RELACIONADO À SENSIBILIDADE DENTÁRIA.	B
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	REMOÇÃO DE ELEMENTOS RETENTIVOS, DIMINUINDO O ACÚMULO DE PLACA (OBTURAÇÃO COM EXCESSO).	B
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	APARELHO FIXO QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	APARELHO REMOVÍVEL QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000239	BIÓPSIA DE BOCA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA BOCA, PARA ESTUDO EM LABORATÓRIO.	B
82000247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA GLÂNDULA QUE PRODUZ SALIVA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS DESTA GLÂNDULA EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000255	BIÓPSIA DE LÁBIO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO LÁBIO, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000263	BIÓPSIA DE LÍNGUA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DA LÍNGUA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MAXILA (ARCADA SUPERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
81000111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME DE AVALIAÇÃO DE CÉLULAS DA BOCA POR COLETA FEITA ATRAVÉS DE RASPAGEM DO TECIDO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE LESÕES. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	EXAME QUE MEDE A QUANTIDADE DE SALIVA PRODUZIDA (FLUXO SALIVAR) NUM DETERMINADO INTERVALO DE TEMPO.	B
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	EXAME QUE AVALIA O PH DA SALIVA.	B
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA.	A
81000200	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE (CONHECIDA COMO "SAPINHO").	A
81000219	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MAU HÁLITO.	A
81000235	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE BAIXA PRODUÇÃO DE SALIVA (BOCA SECA).	A
81000243	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE UMA REPRODUÇÃO DOS DENTES EM CERA.	A
84000228	TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA	EXAME DA PROPRIEDADE QUE A SALIVA TEM DE MANTER O SEU PH REGULAR.	A
84000236	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA	EXAME DE CONTAGEM DE MICRO-ORGANISMOS TOTAIS PRESENTES NA BOCA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000034	ALVEOLOPLASTIA	REMOÇÃO CIRÚRGICA DE IRREGULARIDADES NA REGIÃO ÓSSEA LOGO APÓS A EXTRAÇÃO DE UM DENTE.	B
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE COM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000077	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DO DENTE (COM DUAS RAÍZES) E INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000085	APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NAS RAÍZES REMANESCENTES.	B
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NO APROFUNDAMENTO DO ESPAÇO ENTRE A REGIÃO DA GENGIVA E OS LÁBIOS (SUPERIOR E/OU INFERIOR) OU BOCHECHAS, PARA MELHOR ADAPTAR PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (DENTADURA) OU PRÓTESE REMOVÍVEL (PONTE MÓVEL).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000298	BRIDECTOMIA	REMOÇÃO TOTAL DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000301	BRIDOTOMIA	CORTE PARA ALÍVIO DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA) QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MAXILA (ARCADA SUPERIOR).	B
82000360	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR).	B
82000387	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO, EM UM DOS LADOS DA MANDÍBULA.	B
82000395	CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NO PALATO (CÉU DA BOCA).	B
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO EM LESÕES OU REGIÕES ESPECÍFICAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL, OBTIDA POR MEIO DE RASPAGEM COM ESPÁTULAS (MADEIRA OU METAL) E QUE SERÁ ENCAMINHADA AO LABORATÓRIO PARA ANÁLISE.	B
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA DE RETORNO APÓS UMA CIRURGIA PARA AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO, REMOÇÃO DOS PONTOS E ORIENTAÇÕES.	B
82000557	CUNHA PROXIMAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO OU GENGIVAL PARA FACILITAR A EXECUÇÃO DE OUTRO PROCEDIMENTO NA MESMA REGIÃO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO QUE TEVE UM AUMENTO DE TAMANHO, LOCALIZADO NOS TECIDOS MOLES DA BOCA (GENGIVA, BOCHECHA, OUTROS).	B
82000778	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DO CÁLCULO SALIVAR.	B
82000786	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE CISTOS ODONTOLÓGICOS.	B
82000794	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE MUCOCELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000808	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE RÂNULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000816	EXODONTIA A RETALHO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DE DENTE COM UM CORTE MAIOR (FACILITAÇÃO DO ACESSO CIRÚRGICO).	B
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS, IMPACTADOS (DENTRO DO OSSO) E SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/ PROTÉTICA	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE APÓS FINALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO E/OU PROTÉTICO.	B
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOVER RAIZ RESIDUAL DO DENTE.	B
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/ IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS/ SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/ IMPACTADOS	REMOÇÃO DE DENTE SEMI-INCLUSO E IMPACTADO (COM OSSO EM CIMA DO DENTE).	B
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	REMOÇÃO DE DENTE DE LEITE.	B
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B
82001758	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REALIZAÇÃO DE UMA INCISÃO NO CISTO, PARA DIMINUIÇÃO DO TAMANHO, QUANDO NÃO ESTÁ INDICADA A REMOÇÃO DE IMEDIATO.	B
82001073	ODONTOSSECÇÃO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA SEPARAÇÃO DAS RAÍZES DE UM DENTE COM MAIS DE UMA RAIZ (MANUTENÇÃO DE UMA DAS RAÍZES OU AINDA TÉCNICA CIRÚRGICA NA REMOÇÃO DE DENTES).	B
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA POR ASPIRAÇÃO.	B
82001120	PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA, COM AUXÍLIO DE IMAGEM.	B
82001154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVOLABIAL	CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DE FENDA NO LÁBIO E NA GENGIVA (LÁBIO LEPORINO).	B
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA REMOVER DENTES COM INDICAÇÃO, QUE SE ENCONTRAM DENTRO DA GENGIVA OU DO OSSO.	B
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	CIRURGIA PARA REMOÇÃO DA LESÃO QUE ESTÁ RELACIONADA A UM DENTE (ODONTOMA).	B
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR	TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA EM CASOS NOS QUAIS SE FAZ NECESSÁRIA A SEPARAÇÃO DA COROA E DA RAIZ DO DENTE DURANTE A CIRURGIA.	B
82001529	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCOSSINUSAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	B
82001553	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001588	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO.	B
82001685	TUNELIZAÇÃO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA FACILITAR A HIGIENE NOS DENTES QUE PASSARAM POR TRATAMENTO GENGIVAL COM O REPOSICIONAMENTO ÓSSEO E/OU GENGIVAL.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001707	ULECTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER CAPUZ DE GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B
82001715	ULOTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER PARTE DA GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001448	SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA DE SEDAÇÃO LEVE E CONTROLADA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. COM ISSO, A REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE UMA MÁSCARA NASAL PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82001456	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. COM ISSO, A REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE MEDICAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO.	A
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCONASAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	A
82001545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL (REGIÕES COM FREIOS, TECIDO FIBROSO).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM ACRÉSCIMO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM DESGASTES NOS DENTES E/OU RESTAURAÇÕES EXISTENTES.	B
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	CONFECÇÃO DIRETA NO DENTE DO PACIENTE DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES, SEM O USO DE RECURSOS DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE.	B
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	PREENCHIMENTO DE MATERIAL DENTRO DO DENTE APÓS TRATAMENTO DE CANAL, PARA SUPORTAR UMA COROA OU PRÓTESE. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO DENTISTA EM CONSULTÓRIO.	B
83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE DE LEITE.	B
85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE PERMANENTE.	B
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
00015264	RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	OBTURAÇÃO PARA COBRIR A PARTE DA RAIZ QUE ESTÁ EXPOSTA PARA FORA DA GENGIVA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 1 FACE	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 2 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 3 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 4 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/ TRATAMENTO EXPECTANTE	PROCEDIMENTO DE COBRIR DENTE QUE ESTÁ ABERTO, DEVIDO A CÁRIE OU QUEDA DE RESTAURAÇÃO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E, DEPOIS, OBTURAR O DENTE COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85100234	TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO	TRATAMENTO DE MANCHA NO DENTE, CAUSADA POR FLÚOR, COM MATERIAL ABRASIVO.	A

PERIODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	AUMENTO DA PARTE DO DENTE EXPOSTA (COROA – PARTE FORA DA GENGIVA), COM A REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO AO REDOR DESTE DENTE. VISA MELHOR ADAPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE OU RESTAURAÇÃO.	B
82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM INCISÃO E AFASTAMENTO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA PARA TER ACESSO AO LOCAL.	B
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO TECIDO ÓSSEO NA REGIÃO DE UM DENTE OU GRUPO DE DENTES PARA REALIZAÇÃO DE RASPAGEM PROFUNDA (TENTATIVA DE DIMINUIÇÃO DO ESPAÇO ENTRE O TECIDO ÓSSEO E A GENGIVA).	B
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B
82000689	ENXERTO PEDICULADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PERIODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000921	GENGIVECTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL.	B
00014397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL (EM UM DENTE ESPECÍFICO).	B
82000948	GENGIVOPLASTIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTA NA REMOÇÃO CIRÚRGICA GENGIVAL (TECIDO DE CONTORNO DOS DENTES).	B
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES PERMANENTES (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA).	B
85300039	RASPAGEM SUBGENGIVAL/ ALISAMENTO RADICULAR	LIMPEZA PROFUNDA DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B
85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	LIMPEZA DA COROA DO DENTE E PARTE DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	TRATAMENTO PARA INFECÇÃO BUCAL (DENTE E/OU GENGIVA E TECIDOS DE SUPORTE).	B
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO/INFECÇÃO AGUDA GENERALIZADA NA CAVIDADE BUCAL.	B
82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM APLICAÇÃO DE MINERAL ÓSSEO NA REGIÃO.	A
00000346	DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL (GRAVAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (14 RADIOGRAFIAS PEQUENAS INTRABUCAIS <=> PERIAPICAIIS) PARA O DENTISTA AVALIAR E PLANEJAR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200174	CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO QUE ESTÁ DENTRO DO CANAL.	B
85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CANAL PARA A REALIZAÇÃO DE UM NOVO TRATAMENTO DE CANAL.	B
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	REMOÇÃO DA ESTRUTURA METÁLICA (PINO) DE DENTRO DO CANAL.	B
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM MAIS DE DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM UMA RAIZ, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO NO CANAL (PERFURAÇÃO DO ASSOALHO DO DENTE <=> FATO INESPERADO DURANTE UM TRATAMENTO DE CANAL).	B
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE, COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS (UTILIZADOS QUANDO A RAIZ AINDA ESTÁ EM FORMAÇÃO).	B
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE DE LEITE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO) E DESINFECÇÃO DO CANAL.	B
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (MAIS DE DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (UMA RAIZ), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	CLAREAMENTO DE DENTE ESCURECIDO PELO TRATAMENTO DE CANAL COM O USO DE PRODUTOS CLAREADORES DENTRO DO CANAL. PODE HAVER OU NÃO O SUCESSO NO CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	COROA (METÁLICA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	COROA PROVISÓRIA COM PINO (FIXAÇÃO DENTRO DA RAIZ DO DENTE) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	COROA PROVISÓRIA SEM PINO DENTRO DA RAIZ DO DENTE, CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES INCISIVOS, LATERAIS E CANINOS). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400149	COROA TOTAL METÁLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL, SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	ESTRUTURA DE METAL CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	PINO COLOCADO NA RAIZ DOS DENTES APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA DAR SUSTENTAÇÃO E SUPORTE PARA COROAS.	B
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	PROCEDIMENTO PARA O PREPARO DA RAIZ APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA ACOMODAR E COLOCAR O PINO.	B
85400459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	PEÇA PROVISÓRIA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A COLOCAÇÃO DA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA DEFINITIVA.	B
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	REMOÇÃO DE COROAS, PRÓTESES FIXAS, PARA AVALIAÇÃO E CONFECCÃO DE NOVAS.	B
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	BLOCO EM METAL PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	B
00041227	NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO	ESTRUTURA DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400440	PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY	UM TIPO DE PRÓTESE: UM BLOCO DE RESINA CIMENTADO NA PARTE DE CIMA DOS DENTES DE TRÁS (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A ARTICULAÇÃO QUE FAZ A BOCA ABRIR E FECHAR.	B
00081610	TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DA ATM	TRATAMENTO DA FASE AGUDA DAS DISFUNÇÕES DA ATM (DOR, DIFICULDADE DE ABERTURA DA BOCA).	B
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	PLACA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, USADA NOS CASOS EM QUE O PACIENTE RANGE OS DENTES (BRUXISMO) E PARA RELAXAMENTO MUSCULAR NOS CASOS DE APERTAR OS DENTES.	A
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM	TRATAMENTO PARA DESLOCAMENTO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM.	A

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE MOLDEIRA E GEL CLAREADOR DE ACORDO COM A TÉCNICA INDICADA PELO PROFISSIONAL. PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE PRODUTOS CLAREADORES E LUZ PARA ATIVAÇÃO DESSES PRODUTOS. DE ACORDO COM A TÉCNICA, O TRATAMENTO PODE DURAR MAIS DE UMA SESSÃO E PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
81000090	CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CONSULTA REALIZADA PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO, EXPLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DE CLAREAMENTO FEITO PELO CLIENTE.	A
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	MOLDEIRA TRANSPARENTE NA QUAL SERÁ INSERIDO O GEL CLAREADOR E, DEPOIS, A MOLDEIRA É COLOCADA NA BOCA PARA A REALIZAÇÃO DO CLAREAMENTO CONVENCIONAL (CASEIRO).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
84000015	APARELHO PROTETOR BUCAL	APARELHO REMOVÍVEL CONFECCIONADO PARA PROTEGER OS DENTES DE FRATURAS E TRAUMAS. INDICADO PARA PRÁTICAS ESPORTIVAS E DURANTE TRATAMENTOS DE APARELHO FIXO. A CORRETA INDICAÇÃO É FEITA PELO DENTISTA.	A
85400033	CONERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES REMOVÍVEIS (PONTE MÓVEL), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400041	CONERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES REMOVÍVEIS (PONTE MÓVEL), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400050	CONERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES TOTAIS (DENTADURA), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400068	CONERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES TOTAIS (DENTADURA), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400572	COROA 3/4 OU 4/5	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA), QUE APROVEITA UMA PARTE DO DENTE REMANESCENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA	COROA PARA SUBSTITUIÇÃO DA COROA PERDIDA DE UM DENTE, CONFECCIONADA EM ACRÍLICO PENSADO (DA COR DO DENTE), SOBRE A RAIZ DO DENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO.	A
85400106	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÂMICA PURA OU PORCELANA (DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00041264	COROA TOTAL EM CERÔMERO – DENTES POSTERIORES	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES PRÉ-MOLARES E MOLARES). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400157	COROA TOTAL METALOCERÂMICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E CERÂMICA POR CIMA (DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400165	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA CERÔMERO	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E CERÔMERO POR CIMA (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400173	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA RESINA ACRÍLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E RESINA POR CIMA (MATERIAL DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA	LÂMINA EM CERÂMICA (PORCELANA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO. INDICADA PARA DENTES COM PROBLEMAS DE FORMA E COR COM INSUCESSO EM OUTRAS TENTATIVAS DE TRATAMENTOS MAIS CONSERVADORES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE DESGASTE IRREVERSÍVEL DO DENTE, ALÉM DAS FASES DE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400190	FACETA EM CERÔMERO	CONFEÇÃO EM LABORATÓRIO DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES QUE ESTEJAM: TRINCADOS OU MANCHADOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400580	JIG OU FRONT PLATO – ÓRTESE REPOSICIONADORA	DISPOSITIVO USADO PARA REPOSICIONAR A MORDIDA CHAMADO JIG OU FRONT PLATO.	A
00042640	MODELO DE TRABALHO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA OU EM LABORATÓRIO PARA CONFEÇÃO DE COROAS, PRÓTESES E APARELHOS ORTODÔNTICOS.	A
85400238	ONLAY DE RESINA INDIRETA	RESTAURAÇÕES CONFECCIONADAS EM LABORATÓRIO DE PRÓTESE OU EQUIPAMENTOS ESPECIAIS NO CONSULÓRIO E CIMENTADAS PELO DENTISTA.	A
85400602	PONTO DE SOLDA	PROCEDIMENTO NO QUAL PONTOS DE CONTATO DA SUPERFÍCIE DO METAL SÃO UNIDOS PELO CALOR.	A
85400289	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)	PROCEDIMENTO REALIZADO DIRETAMENTE NA BOCA PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS POR DENTES SINTÉTICOS PROVISÓRIOS EM RESINA, QUE SÃO COLADOS, UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS, UTILIZADOS DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A CIMENTAÇÃO DO DEFINITIVO.	A
85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOCERÂMICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOPLÁSTICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOCERÂMICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS POR DENTES SINTÉTICOS DE METAL E CERÂMICA, CIMENTADOS SOBRE REMANESCENTE DE DENTE OU NÚCLEO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOPLÁSTICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS, POR DENTES SINTÉTICOS DE METAL E RESINA, CIMENTADOS SOBRE REMANESCENTE DE DENTE OU NÚCLEO, PARA DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA DOS DENTES AUSENTES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400351	PRÓTESE PARCIAL FIXA <i>IN CERAN</i> LIVRE DE METAL (<i>METAL FREE</i>)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS, POR DENTES SINTÉTICOS EM PORCELANA SEM METAL, CIMENTADOS EM DENTES SEQUENCIAIS PARA DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE PREPARO DOS DENTES, ALÉM DAS FASES DE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400360	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA	DISPOSITIVO TEMPORÁRIO QUE VISA MANTER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA ENTRE AS FASES DE UM TRATAMENTO PROTÉTICO. PODE SER CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, PODENDO SER ELABORADO EM MAIS DE UMA SESSÃO E É FIXADO COM MATERIAL ADESIVO PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	A
85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMIPRECISÃO	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA), COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMIPRECISÃO, PARA REABILITAR E DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA NA REGIÃO SEM DENTE, DEVIDO A PERDA POR LESÃO DE CÁRIE OU REMOÇÃO DO DENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
00021105	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS – UNILATERAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL UNILATERAL), COM OU SEM GRAMPOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL BILATERAL), COM GRAMPO DE METAL BILATERAL, COMO UMA ALTERNATIVA DE REABILITAÇÃO BUCAL. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL BILATERAL), COM OU SEM GRAMPOS, PROVISÓRIA, ATÉ A CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO BUCAL PLANEJADA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400408	PRÓTESE TOTAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) QUE SUBSTITUI TODOS OS DENTES DE UMA ARCADE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400610	PRÓTESE TOTAL CARACTERIZADA	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) COM PERSONALIZAÇÃO DA COLORAÇÃO QUE VISA SUBSTITUIR TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA, DEVOLVENDO A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE OBTENÇÃO DE MOLDES EM CONSULTÓRIO E ETAPAS LABORATORIAIS, SENDO ASSIM REALIZADO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA), TEMPORÁRIA, CONFECCIONADA APÓS A REMOÇÃO DE TODOS OS DENTES DA BOCA (CORRETA INDICAÇÃO), QUE SERÁ TROCADA POR UMA PRÓTESE TOTAL, DEFINITIVA, APÓS A CICATRIZAÇÃO DA CIRURGIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA), INCOLOR, QUE SUBSTITUI TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA (RESINA INCOLOR). O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400432	PROVISÓRIO PARA FACETA	LÂMINA PROVISÓRIA EM RESINA CIMENTADA NA PARTE DA FRENTE DO DENTE, ENQUANTO A LÂMINA DEFINITIVA É CONFECCIONADA (LABORATÓRIO).	A
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	REPARO DE PRÓTESE TOTAL (“DENTADURA”) OU PARCIAL (“PONTE” MÓVEL) USANDO MOLDAGEM. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA. PROCEDIMENTO AUTORIZADO PARA PRÓTESES TOTAIS (“DENTADURA”) OU PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS (“PONTE” MÓVEL) QUE NECESSITEM MELHORAR A ADAPTAÇÃO AO REBORDO EDÊNTULO.	A
85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	REPARO DE PRÓTESE TOTAL (“DENTADURA”) OU PARCIAL (“PONTE” MÓVEL) USANDO MOLDAGEM E RESINA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – INLAY	BLOCO EM CERÂMICA PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85400521	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – ONLAY	BLOCO EM CERÂMICA PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES POSTERIORES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – INLAY	BLOCO EM CERÔMERO PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – ONLAY	BLOCO EM CERÔMERO PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85100170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – INLAY	BLOCO EM RESINA FEITO DIRETO NA BOCA, PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85100188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – ONLAY	BLOCO EM RESINA FEITO DIRETO NA BOCA, PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000012	ALETAS GOMES	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA ABERTA.	A
86000039	APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR – APM	É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO FIXO OU REMOVÍVEL QUE AUXILIA NA CORREÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA, SENDO AINDA UTILIZADO NOS DISTÚRBIOS DO SONO.	A
86000055	APARELHO EXTRABUCAL	APARELHO ORTODÔNTICO QUE UTILIZA COMPONENTES EXTERNOS NA FACE, PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000098	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO	APARELHO DE METAL FIXO QUE UTILIZA COMPONENTES INTERNOS (<i>BRACKETS</i>) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
86000128	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇA BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DE MORDIDA CRUZADA.	A
86000136	APM – APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR	APARELHO ORTODÔNTICO QUE, JUNTO COM UM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO, AUXILIA NA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000144	ARCO LINGUAL	ARCO DE METAL QUE PODERÁ SER USADO PARA MANTER O COMPRIMENTO E A LARGURA DA ARCADA INFERIOR DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA	COMPONENTE (BARRA DE AÇO) UTILIZADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	DISPOSITIVO REMOVÍVEL QUE TEM COMO FINALIDADE ESTABILIZAR OU EVITAR MOVIMENTOS INDESEJÁVEIS DURANTE TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000179	BIONATOR DE BALTERS	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA E REPOSICIONAMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000187	BLOCOS GEMINADOS DE CLARK (<i>TWIN BLOCK</i>)	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO FUNCIONAL DA MORDIDA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000195	BOTÃO DE NANCE	DISPOSITIVO DE METAL INSTALADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042356	CONCERTO DE APARELHO	CONCERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO.	A
86000209	CONTENÇÃO FIXA – POR ARCADA	FIO QUE É INSTALADO, APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO, PARA EVITAR A MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES.	A
81000189	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	CONSULTA, ESTUDO E AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042368	DISJUNTOR HASS	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A
86000225	DISJUNTOR PALATINO – HIRAX	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A
86000233	DISJUNTOR PALATINO – MCNAMARA	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A
86000241	DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL	DISPOSITIVO CONJUGADO AO APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000250	DISTALIZADOR DE HILGERS	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000268	DISTALIZADOR DISTAL JET	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000276	DISTALIZADOR PÊNDULO/PENDEX	APARELHO FIXO PARA EXPANSÃO DOS MAXILARES E MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000284	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000306	GIANELLY	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000314	GRADE PALATINA FIXA	TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA FIXA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000322	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA REMOVÍVEL.	A
86000330	HERBST ENCAPSULADO	APARELHO FIXO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO.	A
86000365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO ORTOPÉDICO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO-ORTOPÉDICO.	A
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL.	A
86000381	MÁSCARA FACIAL DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA	DISPOSITIVO INSTALADO FORA DA BOCA E CONECTADO AO APARELHO DENTRO DA BOCA PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000390	MENTONEIRA	DISPOSITIVO UTILIZADO EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO-ORTOPÉDICO PARA CONTER O CRESCIMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000403	MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
00041075	MODELO DE ESTUDO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO.	A
81000308	MODELO ORTODÔNTICO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA PARA CONFECCÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO.	A
86000411	MONOBLOCO	IMPLANTE EM PEÇA ÚNICA SEM O COMPONENTE INTERMEDIÁRIO QUE CONECTA A PRÓTESE AO IMPLANTE.	A
85400254	ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	PLACA, USADA PARA GUIAR A MANDÍBULA A UMA POSIÇÃO CORRETA, COM O OBJETIVO DE MELHORAR O RELACIONAMENTO DA MAXILA E MANDÍBULA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000438	PISTAS DIRETAS DE PLANAS – SUPERIOR E INFERIOR	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL OU DISPOSITIVO FIXO COM RECOBRIMENTO DE RESINA PARA FACILITAR A MOVIMENTAÇÃO DAS ARCADAS.	A
86000446	PISTAS INDIRETAS DE PLANAS	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA CRUZADA FUNCIONAL.	A
86000608	PLACA DE CONTENÇÃO ORTODÔNTICA	APARELHO REMOVÍVEL PARA ESTABILIZAÇÃO APÓS TÉRMINO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000454	PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES	APARELHO REMOVÍVEL PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000462	PLACA DE HAWLEY	MODELO DE APARELHO MÓVEL UTILIZADO NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO COM A FINALIDADE DE MANTER OS DENTES EM POSIÇÃO APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO.	A
86000470	PLACA DE HAWLEY – COM TORNO EXPANSOR	APARELHO ORTODÔNTICO MÓVEL COM A FINALIDADE DE EXPANSÃO DO OSSO MAXILAR (ARCADA SUPERIOR).	A
00042426	PLACA DE HAWLEY ENCAPADA	APARELHO REMOVÍVEL UTILIZADO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000497	PLACA DE SCHWARZ	APARELHO REMOVÍVEL PARA EXPANSÃO DA MAXILA E MANDÍBULA.	A
86000500	PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS	APARELHO REMOVÍVEL PARA MOVIMENTAÇÃO DO DENTE CANINO.	A
86000519	PLACA DUPLA DE SANDERS	APARELHO REMOVÍVEL PARA A CORREÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA E MAXILA.	A
86000527	PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO	APARELHO REMOVÍVEL PARA EXPANSÃO DA MAXILA.	A
86000535	PLACA LABIOATIVA	A PLACA LABIOATIVA É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO USADO NOS DENTES INFERIORES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	APARELHO REMOVÍVEL USADO NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DOR, DIFICULDADE DE ABRIR OU FECHAR A BOCA, ZUMBIDOS, PROBLEMAS MUSCULARES).	A
86000543	PLANO ANTERIOR FIXO	APARELHO FIXO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000551	PLANO INCLINADO	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000560	QUADRIÉLICE	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO, USADO PARA AUMENTAR O ARCO PALATINO DA CAVIDADE BUCAL, UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CASOS DE MORDIDA CRUZADA.	A
81000367	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO – CARPAL	RADIOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA MATURIDADE ÓSSEA DA CRIANÇA (ESTÁGIO DE CRESCIMENTO ÓSSEO).	A
86000578	REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL	APARELHO MÓVEL INDICADO EM PACIENTES JOVENS PARA EQUILIBRAR O CRESCIMENTO ENTRE A MAXILA E A MANDÍBULA.	A
00042603	REMOÇÃO DE APARELHO FIXO (POLIMENTO INCLUSO)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA REMOVER O APARELHO ORTODÔNTICO NO INÍCIO DE UM NOVO TRATAMENTO E NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO. O PROCEDIMENTO INCLUI A LIMPEZA E O POLIMENTO CORONÁRIO (PROFILAXIA).	A
86000586	SIMÕES NETWORK	APARELHO ORTOPÉDICO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
81000456	SLIDE	DISPOSITIVO QUE PROJETA QUADROS COM IMAGEM DO DENTE.	A
86000594	SPLINTER	APARELHO ORTODÔNTICO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE UM COMPONENTE NO DENTE, PARA PUXAR O DENTE QUE ESTÁ INTRAÓSSEO E SERÁ MOVIMENTADO DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTAL P6500

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	COLOCAÇÃO DE UM MEDICAMENTO QUE VISA À CICATRIZAÇÃO DA POLPA EXPOSTA DURANTE A REMOÇÃO DA CÁRIE. MESMO COM A COLOCAÇÃO DESTA MEDICAÇÃO, PODE HAVER A NECESSIDADE DE TRATAMENTO DE CANAL.	B
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	PROCEDIMENTO PARA COLAR UM PEDAÇO DO DENTE QUEBRADO.	B
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H	CONSULTA ODONTOLÓGICA EM CENTROS 24 H PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO DE IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
00011200	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM HORÁRIO COMERCIAL	CONSULTA ODONTOLÓGICA REALIZADA EM HORÁRIO COMERCIAL, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, COM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL QUE PROMOVE O CONTROLE DA HEMORRAGIA.	B
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, SEM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES DE LEITE (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA NOS DENTES DE LEITE).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU INFLAMAÇÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85200034	PULPECTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA COMPLETA DA POLPA (NERVO) DO DENTE PERMANENTE.	B
85200042	PULPOTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE.	B
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE DE LEITE.	B
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	COLAGEM DE COROAS OU PRÓTESES FIXAS QUE CÁIRAM, UTILIZANDO-SE UM MATERIAL ADESIVO E PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	B
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	RECOLOCAÇÃO DE UM DENTE QUE, POR MOTIVO DE TRAUMA, FOI EXPELIDO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE FICA A RAIZ DO DENTE).	B
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA FORA DA BOCA.	B
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA DENTRO DA BOCA.	B
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	UTILIZAÇÃO DE PONTOS OU OUTROS MATERIAIS PARA JUNÇÃO DE TECIDOS QUE PASSARAM POR INCISÕES (CORTES) INTERNAS OU EXTERNAS À CAVIDADE BUCAL.	B
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	TRATAMENTO DA INFLAMAÇÃO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE A RAIZ DO DENTE FICAVA ANTES DE SER REMOVIDO).	B
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO E/OU INFECÇÃO DE GENGIVA E TECIDO ÓSSEO DE UM DENTE.	B
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	REPARO DA COROA PROVISÓRIA USANDO-SE RESINA ACRÍLICA. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CONSULTA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA	CONSULTAS PARA ACOMPANHAMENTO E EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO/CIRURGIAS. O DENTISTA PODE PEDIR EXAMES/AVALIAR CICATRIZAÇÃO.	B
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E O PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E O PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
82000700	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA APÓS ORIENTAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
00011413	CONSULTA EM AMBIENTE HOSPITALAR	CONSULTA E/OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A
00044446	DESLOCAMENTO PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR	DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS, PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING	RADIOGRAFIA FEITA DENTRO DA BOCA, PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES.	B
00012164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES. EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	RAIO-X QUE É FEITO DENTRO DA BOCA, PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012176	RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NA CLÍNICA DE RADIOLOGIA.	B
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA UMA VISÃO GERAL DOS DENTES E ESTRUTURAS DE SUPORTE.	B
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012152	RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NA CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000553	DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL (GRAVAÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS EM MÍDIA DIGITAL), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO DENTISTA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00012103	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00012341	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS) PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA.	A
00012353	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA.	A
81000278	FOTOGRAFIA	FOTOGRAFIA COM FINALIDADE DE AVALIAÇÃO.	A
81000324	RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO QUE FAZ A ABERTURA E O FECHAMENTO DA BOCA, UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DA ARTICULAÇÃO NAS POSIÇÕES BOCA ABERTA (MÁXIMA ABERTURA), REPOUSO E BOCA FECHADA (EM OCLUSÃO). EXAME REALIZADO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	A
81000561	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA	RADIOGRAFIA PARA INVESTIGAR A PRESENÇA DE LESÃO OU FRATURA NA REGIÃO DA PARTE DE BAIXO DA BOCA, NO CORPO DA MANDÍBULA.	A
81000430	RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A
81000472	TELERRADIOGRAFIA	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO, COM ESTUDO DE TRAÇADOS.	A
00012389	TELERRADIOGRAFIA FRONTAL	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE LADO.	A
81000537	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	ESTUDO E PLANEJAMENTO (MEDIDAS) DAS ESTRUTURAS DO CRÂNIO E DA FACE, UTILIZADO NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA QUE PARALISA O PROGRESSO DA CÁRIE, EM GERAL UTILIZADA EM CRIANÇAS.	B
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES, COM O USO DE BROCAS PARA APROFUNDAMENTO DESSE SULCO, QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	APLICAÇÃO DE FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	APLICAÇÃO DE VERNIZ COM FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR HIGIENE BUCAL PARA OS PAIS E/OU OS CUIDADORES DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.	B
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	ORIENTAÇÕES DE HIGIENE PARA REALIZAR A REMOÇÃO DE PLACA BACTERIANA DA CAVIDADE BUCAL.	B
84000171	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE	CONSULTA DE CONTROLE DA EVOLUÇÃO DA CÁRIE INICIAL E SUPERFICIAL.	B
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE.	B
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE AO CALOR OU FRIO.	B
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	PROCEDIMENTO EM QUE O DENTISTA REALIZA A LIMPEZA E O POLIMENTO DA COROA DO DENTE, UTILIZANDO PASTA DE PROFILAXIA E INSTRUMENTAL OU OUTRAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES.	B
84000201	REMINERALIZAÇÃO	PROCEDIMENTO PARA DEVOLVER AO DENTE MINERAIS PERDIDOS. ESTÁ RELACIONADO À SENSIBILIDADE DENTÁRIA.	B
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	REMOÇÃO DE ELEMENTOS RETENTIVOS, DIMINUINDO O ACÚMULO DE PLACA (OBTURAÇÃO COM EXCESSO).	B
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	APARELHO FIXO QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	APARELHO REMOVÍVEL QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000239	BIÓPSIA DE BOCA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA BOCA, PARA ESTUDO EM LABORATÓRIO.	B
82000247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA GLÂNDULA QUE PRODUZ SALIVA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS DESSA GLÂNDULA EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000255	BIÓPSIA DE LÁBIO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO LÁBIO, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000263	BIÓPSIA DE LÍNGUA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DA LÍNGUA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MAXILA (ARCADA SUPERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
81000111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME DE AVALIAÇÃO DE CÉLULAS DA BOCA POR COLETA FEITA ATRAVÉS DE RASPAGEM DO TECIDO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE LESÕES. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	EXAME QUE MEDE A QUANTIDADE DE SALIVA PRODUZIDA (FLUXO SALIVAR) NUM DETERMINADO INTERVALO DE TEMPO.	B
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	EXAME QUE AVALIA O PH DA SALIVA.	B
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA.	A
81000200	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE (CONHECIDA COMO "SAPINHO").	A
81000219	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MAU HÁLITO.	A
81000235	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE BAIXA PRODUÇÃO DE SALIVA (BOCA SECA).	A
81000243	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE UMA REPRODUÇÃO DOS DENTES EM CERA.	A
84000228	TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA	EXAME DA PROPRIEDADE QUE A SALIVA TEM DE MANTER O SEU PH REGULAR.	A
84000236	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA	EXAME DE CONTAGEM DE MICRO-ORGANISMOS TOTAIS PRESENTES NA BOCA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000034	ALVEOLOPLASTIA	REMOÇÃO CIRÚRGICA DE IRREGULARIDADES NA REGIÃO ÓSSEA LOGO APÓS A EXTRAÇÃO DE UM DENTE.	B
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE COM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000077	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DO DENTE (COM DUAS RAÍZES) E INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000085	APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NAS RAÍZES REMANESCENTES.	B
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NO APROFUNDAMENTO DO ESPAÇO ENTRE A REGIÃO DA GENGIVA E OS LÁBIOS (SUPERIOR E/OU INFERIOR) OU BOCHECHAS, PARA MELHOR ADAPTAR PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (DENTADURA) OU PRÓTESE REMOVÍVEL (PONTE MÓVEL).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000298	BRIDECTOMIA	REMOÇÃO TOTAL DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000301	BRIDOTOMIA	CORTE PARA ALÍVIO DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MAXILA (ARCADA SUPERIOR).	B
82000360	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR).	B
82000387	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO, EM UM DOS LADOS DA MANDÍBULA.	B
82000395	CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NO PALATO (CÉU DA BOCA).	B
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO EM LESÕES OU REGIÕES ESPECÍFICAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL, OBTIDA POR MEIO DE RASPAGEM COM ESPÁTULAS (MADEIRA OU METAL) E QUE SERÁ ENCAMINHADA AO LABORATÓRIO PARA ANÁLISE.	B
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA DE RETORNO APÓS UMA CIRURGIA PARA AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO, REMOÇÃO DOS PONTOS E ORIENTAÇÕES.	B
82000557	CUNHA PROXIMAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO OU GENGIVAL PARA FACILITAR A EXECUÇÃO DE OUTRO PROCEDIMENTO NA MESMA REGIÃO.	B
82000743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO QUE TEVE UM AUMENTO DE TAMANHO, LOCALIZADO NOS TECIDOS MOLES DA BOCA (GENGIVA, BOCHECHA, OUTROS).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000778	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DO CÁLCULO SALIVAR.	B
82000786	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE CISTOS ODONTOLÓGICOS.	B
82000794	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE MUCOCELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000808	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE RÂNULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000816	EXODONTIA A RETALHO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DE DENTE COM UM CORTE MAIOR (FACILITAÇÃO DO ACESSO CIRÚRGICO).	B
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS, IMPACTADOS (DENTRO DO OSSO) E SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/ PROTÉTICA	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE APÓS FINALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO E/OU PROTÉTICO.	B
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOVER RAIZ RESIDUAL DO DENTE.	B
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/ IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS/ SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/ IMPACTADOS	REMOÇÃO DE DENTE SEMI-INCLUSO E IMPACTADO (COM OSSO EM CIMA DO DENTE).	B
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	REMOÇÃO DE DENTE DE LEITE.	B
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE.	B
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B
82001758	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REALIZAÇÃO DE UMA INCISÃO NO CISTO, PARA DIMINUIÇÃO DO TAMANHO, QUANDO NÃO ESTÁ INDICADA A REMOÇÃO DE IMEDIATO.	B
82001073	ODONTOSSECÇÃO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA SEPARAÇÃO DAS RAÍZES DE UM DENTE COM MAIS DE UMA RAIZ (MANUTENÇÃO DE UMA DAS RAÍZES OU AINDA TÉCNICA CIRÚRGICA NA REMOÇÃO DE DENTES).	B
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA POR ASPIRAÇÃO.	B
82001120	PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA, COM AUXÍLIO DE IMAGEM.	B
82001154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVOLABIAL	CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DE FENDA NO LÁBIO E NA GENGIVA (LÁBIO LEPORINO).	B
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/IMPACTADOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA REMOVER DENTES COM INDICAÇÃO, QUE SE ENCONTRAM DENTRO DA GENGIVA OU DO OSSO.	B
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	CIRURGIA PARA REMOÇÃO DA LESÃO QUE ESTÁ RELACIONADA A UM DENTE (ODONTOMA).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR	TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA EM CASOS NOS QUAIS SE FAZ NECESSÁRIA A SEPARAÇÃO DA COROA E DA RAIZ DO DENTE DURANTE A CIRURGIA.	B
82001529	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUOSSINUSAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	B
82001553	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001588	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO.	B
82001685	TUNELIZAÇÃO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA FACILITAR A HIGIENE NOS DENTES QUE PASSARAM POR TRATAMENTO GENGIVAL COM O REPOSICIONAMENTO ÓSSEO E/OU GENGIVAL.	B
82001707	ULECTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER CAPUZ DE GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B
82001715	ULOTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER PARTE DA GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001448	SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA DE SEDAÇÃO LEVE E CONTROLADA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. COM ISSO, HÁ REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE UMA MÁSCARA NASAL, PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82001456	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. COM ISSO, HÁ REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE MEDICAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO.	A
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCONASAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	A
82001545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL (REGIÕES COM FREIOS, TECIDO FIBROSO).	A

DENTÍSTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM ACRÉSCIMO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM DESGASTES NOS DENTES E/OU RESTAURAÇÕES EXISTENTES.	B
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	CONFECÇÃO DIRETA NO DENTE DO PACIENTE DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES, SEM O USO DE RECURSOS DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	PREENCHIMENTO DE MATERIAL DENTRO DO DENTE APÓS TRATAMENTO DE CANAL, PARA SUPORTAR UMA COROA OU PRÓTESE. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO DENTISTA EM CONSULTÓRIO.	B
83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE DE LEITE.	B
85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE PERMANENTE.	B
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
00015264	RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	OBTURAÇÃO PARA COBRIR A PARTE DA RAIZ QUE ESTÁ EXPOSTA PARA FORA DA GENGIVA.	B
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 1 FACE	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 2 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 3 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 4 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/TRATAMENTO EXPECTANTE	PROCEDIMENTO DE COBRIR DENTE QUE ESTÁ ABERTO, DEVIDO A CÁRIE OU QUEDA DE RESTAURAÇÃO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E, DEPOIS, OBTURAR O DENTE COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85100234	TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO	TRATAMENTO DE MANCHA NO DENTE, CAUSADA POR FLÚOR, COM MATERIAL ABRASIVO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PERIODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	AUMENTO DA PARTE DO DENTE EXPOSTA (COROA – PARTE FORA DA GENGIVA), COM A REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO AO REDOR DESTE DENTE. VISA MELHOR ADAPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE OU RESTAURAÇÃO.	B
82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM INCISÃO E AFASTAMENTO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA PARA TER ACESSO AO LOCAL.	B
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO TECIDO ÓSSEO NA REGIÃO DE UM DENTE OU GRUPO DE DENTES PARA REALIZAÇÃO DE RASPAGEM PROFUNDA (TENTATIVA DE DIMINUIÇÃO DO ESPAÇO ENTRE O TECIDO ÓSSEO E A GENGIVA).	B
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B
82000689	ENXERTO PEDICULADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B
82000921	GENGIVECTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL	B
00014397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL (EM UM DENTE ESPECÍFICO).	B
82000948	GENGIVOPLASTIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO CIRÚRGICA GENGIVAL (TECIDO DE CONTORNO DOS DENTES)	B
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES PERMANENTES (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA).	B
85300039	RASPAGEM SUBGENGIVAL/ ALISAMENTO RADICULAR	LIMPEZA PROFUNDA DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B
85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	LIMPEZA DA COROA DO DENTE E PARTE DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PERIODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	TRATAMENTO PARA INFECÇÃO BUCAL (DENTE E/OU GENGIVA E TECIDOS DE SUPORTE).	B
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO/INFECÇÃO AGUDA GENERALIZADA NA CAVIDADE BUCAL.	B
82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM APLICAÇÃO DE MINERAL ÓSSEO NA REGIÃO.	A
00000346	DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL (GRAVAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (14 RADIOGRAFIAS PEQUENAS INTRABUCAIS <=> PERIAPICAIAS), PARA O DENTISTA AVALIAR E PLANEJAR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	A

ENDODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200174	CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO QUE ESTÁ DENTRO DO CANAL.	B
85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CANAL PARA A REALIZAÇÃO DE UM NOVO TRATAMENTO DE CANAL.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	REMOÇÃO DA ESTRUTURA METÁLICA (PINO) DE DENTRO DO CANAL.	B
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM MAIS DE DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM UMA RAIZ, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO NO CANAL (PERFURAÇÃO DO ASSOALHO DO DENTE <=> FATO INESPERADO DURANTE UM TRATAMENTO DE CANAL).	B
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE, COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS (UTILIZADOS QUANDO A RAIZ AINDA ESTÁ EM FORMAÇÃO).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE DE LEITE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO) E DESINFECÇÃO DO CANAL.	B
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (MAIS DE DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (UMA RAIZ), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	CLAREAMENTO DE DENTE ESCURECIDO PELO TRATAMENTO DE CANAL COM O USO DE PRODUTOS CLAREADORES DENTRO DO CANAL. PODE HAVER OU NÃO O SUCESSO NO CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A

PRÓTESE DO ROL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	COROA (METÁLICA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	COROA PROVISÓRIA COM PINO (FIXAÇÃO DENTRO DA RAIZ DO DENTE) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	COROA PROVISÓRIA SEM PINO DENTRO DA RAIZ DO DENTE, CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES INCISIVOS, LATERAIS E CANINOS). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400149	COROA TOTAL METÁLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL, SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	ESTRUTURA DE METAL CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	PINO COLOCADO NA RAIZ DOS DENTES APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA DAR SUSTENTAÇÃO E SUPORTE PARA COROAS.	B
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	PROCEDIMENTO PARA O PREPARO DA RAIZ APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA ACOMODAR E COLOCAR O PINO.	B
85400459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	PEÇA PROVISÓRIA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A COLOCAÇÃO DA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA DEFINITIVA.	B
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	REMOÇÃO DE COROAS, PRÓTESES FIXAS, PARA AVALIAÇÃO E CONFECCÃO DE UMA NOVA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	BLOCO EM METAL PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	B
00041227	NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO	ESTRUTURA DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400440	PROVISÓRIO PARA <i>INLAY/ONLAY</i>	UM TIPO DE PRÓTESE: UM BLOCO DE RESINA CIMENTADO NA PARTE DE CIMA DOS DENTES DE TRÁS (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	A

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A ARTICULAÇÃO QUE FAZ A BOCA ABRIR E FECHAR.	B
00081610	TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DA ATM	TRATAMENTO DA FASE AGUDA DAS DISFUNÇÕES DA ATM (DOR, DIFICULDADE DE ABERTURA DA BOCA).	B
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	PLACA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, USADA NOS CASOS EM QUE O PACIENTE RANGE OS DENTES (BRUXISMO) E PARA RELAXAMENTO MUSCULAR NOS CASOS DE APERTAR OS DENTES.	A
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM	TRATAMENTO PARA DESLOCAMENTO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00008260	CLAREAMENTO A LASER (2 ARCOS)	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE PRODUTOS CLAREADORES E LUZ PARA ATIVAÇÃO DESSES PRODUTOS. DE ACORDO COM A TÉCNICA, O TRATAMENTO PODE DURAR MAIS DE UMA SESSÃO E PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE MOLDEIRA E GEL CLAREADOR DE ACORDO COM A TÉCNICA INDICADA PELO PROFISSIONAL. PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE PRODUTOS CLAREADORES E LUZ PARA ATIVAÇÃO DESSES PRODUTOS. DE ACORDO COM A TÉCNICA, O TRATAMENTO PODE DURAR MAIS DE UMA SESSÃO E PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
81000090	CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CONSULTA REALIZADA PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO, EXPLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DE CLAREAMENTO FEITO PELO CLIENTE.	A
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	MOLDEIRA TRANSPARENTE NA QUAL SERÁ INSERIDO O GEL CLAREADOR E, DEPOIS, A MOLDEIRA É COLOCADA NA BOCA PARA A REALIZAÇÃO DO CLAREAMENTO CONVENCIONAL (CASEIRO).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
84000015	APARELHO PROTETOR BUCAL	APARELHO REMOVÍVEL CONFECCIONADO PARA PROTEGER OS DENTES DE FRATURAS E TRAUMAS. INDICADO PARA PRÁTICAS ESPORTIVAS E DURANTE TRATAMENTOS DE APARELHO FIXO. A CORRETA INDICAÇÃO É FEITA PELO DENTISTA.	A
85400033	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES REMOVÍVEIS (PONTE MÓVEL), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400041	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES REMOVÍVEIS (PONTE MÓVEL), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400050	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES TOTAIS (DENTADURA), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400068	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES TOTAIS (DENTADURA), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400572	COROA 3/4 OU 4/5	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA), QUE APROVEITA UMA PARTE DO DENTE REMANESCENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA	COROA PARA SUBSTITUIÇÃO DA COROA PERDIDA DE UM DENTE, CONFECCIONADA EM ACRÍLICO PENSADO (DA COR DO DENTE), SOBRE A RAIZ DO DENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO.	A
85400106	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÂMICA PURA OU PORCELANA (DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00041264	COROA TOTAL EM CERÔMERO – DENTES POSTERIORES	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES PRÉ-MOLARES E MOLARES). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400157	COROA TOTAL METALOCERÂMICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E CERÂMICA POR CIMA (DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400165	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA CERÔMERO	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E CERÔMERO POR CIMA (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400173	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA RESINA ACRÍLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E RESINA POR CIMA (MATERIAL DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA	LÂMINA EM CERÂMICA (PORCELANA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO. INDICADA PARA DENTES COM PROBLEMAS DE FORMA E COR COM INSUCESSO EM OUTRAS TENTATIVAS DE TRATAMENTOS MAIS CONSERVADORES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE DESGASTE IRREVERSÍVEL DO DENTE, ALÉM DAS FASES DE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400190	FACETA EM CERÔMERO	CONFECCÃO EM LABORATÓRIO DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES QUE ESTEJAM: TRINCADOS OU MANCHADOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400580	JIG OU <i>FRONT PLATO</i> – ÓRTESE REPOSICIONADORA	DISPOSITIVO USADO PARA REPOSICIONAR A MORDIDA CHAMADO JIG OU <i>FRONT PLATO</i> .	A
00042640	MODELO DE TRABALHO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA OU EM LABORATÓRIO PARA CONFECÇÃO DE COROAS, PRÓTESES E APARELHOS ORTODÔNTICOS.	A
85400238	<i>ONLAY</i> DE RESINA INDIRETA	RESTAURAÇÕES CONFECCIONADAS EM LABORATÓRIO DE PRÓTESE OU EQUIPAMENTOS ESPECIAIS NO CONSULTÓRIO E CIMENTADAS PELO DENTISTA.	A
85400602	PONTO DE SOLDA	PROCEDIMENTO NO QUAL PONTOS DE CONTATO DA SUPERFÍCIE DO METAL SÃO UNIDOS PELO CALOR.	A
85400289	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)	PROCEDIMENTO REALIZADO DIRETAMENTE NA BOCA PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS POR DENTES SINTÉTICOS PROVISÓRIOS EM RESINA, QUE SÃO COLADOS, UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS, UTILIZADOS DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A CIMENTAÇÃO DO DEFINITIVO.	A
85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (<i>METAL FREE</i>)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOCERÂMICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOPLÁSTICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOCERÂMICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS POR DENTES SINTÉTICOS DE METAL E CERÂMICA, CIMENTADOS SOBRE REMANESCENTE DE DENTE OU NÚCLEO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOPLÁSTICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS, POR DENTES SINTÉTICOS DE METAL E RESINA, CIMENTADOS SOBRE REMANESCENTE DE DENTE OU NÚCLEO, PARA DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA DOS DENTES AUSENTES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400351	PRÓTESE PARCIAL FIXA <i>IN CERAN</i> LIVRE DE METAL (<i>METAL FREE</i>)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS, POR DENTES SINTÉTICOS EM PORCELANA SEM METAL, CIMENTADOS EM DENTES SEQUENCIAIS PARA DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE PREPARO DOS DENTES, ALÉM DAS FASES DE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400360	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA	DISPOSITIVO TEMPORÁRIO QUE VISA MANTER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA ENTRE AS FASES DE UM TRATAMENTO PROTÉTICO. PODE SER CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, PODENDO SER ELABORADO EM MAIS DE UMA SESSÃO E É FIXADO COM MATERIAL ADESIVO PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMIPRECISÃO	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA), COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMIPRECISÃO, PARA REABILITAR E DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA NA REGIÃO SEM DENTE, DEVIDO A PERDA POR LESÃO DE CÁRIE OU REMOÇÃO DO DENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
00021105	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS – UNILATERAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL UNILATERAL), COM OU SEM GRAMPOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS BILATERAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL BILATERAL), COM GRAMPO DE METAL BILATERAL, COMO UMA ALTERNATIVA DE REABILITAÇÃO BUCAL. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL BILATERAL), COM OU SEM GRAMPOS, PROVISÓRIA, ATÉ A CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO BUCAL PLANEJADA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400408	PRÓTESE TOTAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) QUE SUBSTITUI TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400610	PRÓTESE TOTAL CARACTERIZADA	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) COM PERSONALIZAÇÃO DA COLORAÇÃO QUE VISA SUBSTITUIR TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA, DEVOLVENDO A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE OBTENÇÃO DE MOLDES EM CONSULTÓRIO E ETAPAS LABORATORIAIS, SENDO ASSIM REALIZADO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA), TEMPORÁRIA, CONFECCIONADA APÓS A REMOÇÃO DE TODOS OS DENTES DA BOCA (CORRETA INDICAÇÃO), QUE SERÁ TROCADA POR UMA PRÓTESE TOTAL DEFINITIVA APÓS A CICATRIZAÇÃO DA CIRURGIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA), INCOLOR, QUE SUBSTITUI TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA (RESINA INCOLOR). O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400432	PROVISÓRIO PARA FACETA	LÂMINA PROVISÓRIA EM RESINA CIMENTADA NA PARTE DA FRENTE DO DENTE, ENQUANTO A LÂMINA DEFINITIVA É CONFECCIONADA (LABORATÓRIO).	A
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	REPARO DE PRÓTESE TOTAL (“DENTADURA”) OU PARCIAL (“PONTE” MÓVEL) USANDO MOLDAGEM. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA. PROCEDIMENTO AUTORIZADO PARA PRÓTESES TOTAIS (“DENTADURA”) OU PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS (“PONTE” MÓVEL) QUE NECESSITEM MELHORAR A ADAPTAÇÃO AO REBORDO EDÊNTULO.	A
85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	REPARO DE PRÓTESE TOTAL (“DENTADURA”) OU PARCIAL (“PONTE” MÓVEL) USANDO MOLDAGEM E RESINA.	A
85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – INLAY	BLOCO EM CERÂMICA PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES. PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400521	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – ONLAY	BLOCO EM CERÂMICA PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES POSTERIORES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – INLAY	BLOCO EM CERÔMERO PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – ONLAY	BLOCO EM CERÔMERO PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85100170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – INLAY	BLOCO EM RESINA FEITO DIRETO NA BOCA, PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85100188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – ONLAY	BLOCO EM RESINA FEITO DIRETO NA BOCA, PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000012	ALETAS GOMES	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA ABERTA.	A
86000020	APARELHO DE KLAMMT	APARELHO REMOVÍVEL PARA REPOSICIONAMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000039	APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR – APM	É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO FIXO OU REMOVÍVEL QUE AUXILIA NA CORREÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA, SENDO UTILIZADO NOS DISTÚRBIOS DO SONO.	A
86000047	APARELHO DE THUROW	APARELHO REMOVÍVEL EXTRAORAL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000055	APARELHO EXTRABUCAL	APARELHO ORTODÔNTICO QUE UTILIZA COMPONENTES EXTERNOS NA FACE, PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042688	APARELHO FIXO AUTOLIGADO ESTÉTICO	APARELHO FIXO TRANSPARENTE QUE UTILIZA ACESSÓRIOS (BRAQUETES COM UMA ALETA NO LUGAR DO ELÁSTICO) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
00081736	APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	APARELHO FIXO QUE UTILIZA ACESSÓRIOS INTERNOS (BRAQUETES COM UMA ALETA NO LUGAR DO ELÁSTICO) COLADOS NA PARTE DE TRÁS DOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
00042709	APARELHO FIXO AUTOLIGADO METÁLICO	APARELHO FIXO AUTOLIGADO DE METAL (PRATEADO) QUE UTILIZA ACESSÓRIOS INTERNOS (BRAQUETES COM UMA ALETA NO LUGAR DO ELÁSTICO) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
86000063	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO	APARELHO FIXO TRANSPARENTE QUE UTILIZA ACESSÓRIOS (BRAQUETES) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
86000098	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO	APARELHO DE METAL FIXO QUE UTILIZA COMPONENTES INTERNOS (BRACKETS) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000128	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇA BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DE MORDIDA CRUZADA.	A
86000136	APM – APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR	APARELHO ORTODÔNTICO QUE, JUNTO COM UM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO, AUXILIA NA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000144	ARCO LINGUAL	ARCO DE METAL QUE PODERÁ SER USADO PARA MANTER O COMPRIMENTO E A LARGURA DA ARCADA INFERIOR DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA	COMPONENTE (BARRA DE AÇO) UTILIZADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	DISPOSITIVO REMOVÍVEL QUE TEM COMO FINALIDADE ESTABILIZAR OU EVITAR MOVIMENTOS INDESEJÁVEIS DURANTE TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000179	BIONATOR DE BALTERS	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA E REPOSICIONAMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000187	BLOCOS GEMINADOS DE CLARK (TWIN BLOCK)	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO FUNCIONAL DA MORDIDA.	A
86000195	BOTÃO DE NANCE	DISPOSITIVO DE METAL INSTALADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042356	CONCERTO DE APARELHO	CONCERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO.	A
86000209	CONTENÇÃO FIXA – POR ARCADA	FIO QUE É INSTALADO, APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO, PARA EVITAR A MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES.	A
81000189	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	CONSULTA, ESTUDO, AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042368	DISJUNTOR HASS	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A
86000225	DISJUNTOR PALATINO – HIRAX	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000233	DISJUNTOR PALATINO – MCNAMARA	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A
86000241	DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL	DISPOSITIVO CONJUGADO AO APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000250	DISTALIZADOR DE HILGERS	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000268	DISTALIZADOR DISTAL JET	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000276	DISTALIZADOR PÊNDULO/PENDEX	APARELHO FIXO PARA EXPANSÃO DOS MAXILARES E MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000284	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000306	GIANELLY	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000314	GRADE PALATINA FIXA	TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA FIXA.	A
86000322	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA REMOVÍVEL.	A
86000330	HERBST ENCAPSULADO	APARELHO FIXO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
00042690	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO AUTOLIGADO.	A
00081744	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL.	A
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO.	A
86000365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO ORTOPÉDICO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO-ORTOPÉDICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL.	A
00042676	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO ESTÉTICO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO.	A
86000381	MÁSCARA FACIAL DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA	DISPOSITIVO INSTALADO FORA DA BOCA E CONECTADO AO APARELHO DENTRO DA BOCA PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000390	MENTONEIRA	DISPOSITIVO UTILIZADO EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO-ORTOPÉDICO PARA CONTER O CRESCIMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000403	MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
00041075	MODELO DE ESTUDO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO.	A
81000308	MODELO ORTODÔNTICO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA PARA CONFECCÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO.	A
86000411	MONOBLOCO	IMPLANTE EM PEÇA ÚNICA SEM O COMPONENTE INTERMEDIÁRIO QUE CONECTA A PRÓTESE AO IMPLANTE.	A
85400254	ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	PLACA, USADA PARA GUIAR A MANDÍBULA A UMA POSIÇÃO CORRETA, COM O OBJETIVO DE MELHORAR O RELACIONAMENTO ENTRE MAXILA E MANDÍBULA.	A
86000438	PISTAS DIRETAS DE PLANAS – SUPERIOR E INFERIOR	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL OU DISPOSITIVO FIXO COM RECOBRIMENTO DE RESINA PARA FACILITAR A MOVIMENTAÇÃO DAS ARCADAS.	A
86000446	PISTAS INDIRETAS DE PLANAS	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA CRUZADA FUNCIONAL.	A
86000608	PLACA DE CONTENÇÃO ORTODÔNTICA	APARELHO REMOVÍVEL PARA ESTABILIZAÇÃO APÓS TÉRMINO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000454	PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES	APARELHO REMOVÍVEL PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000462	PLACA DE HAWLEY	MODELO DE APARELHO MÓVEL UTILIZADO NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO COM A FINALIDADE DE MANTER OS DENTES EM POSIÇÃO APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO.	A
86000470	PLACA DE HAWLEY – COM TORNO EXPANSOR	APARELHO ORTODÔNTICO MÓVEL COM A FINALIDADE DE EXPANSÃO DO OSSO MAXILAR (ARCADA SUPERIOR).	A
00042426	PLACA DE HAWLEY ENCAPADA	APARELHO REMOVÍVEL UTILIZADO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000497	PLACA DE SCHWARZ	APARELHO REMOVÍVEL PARA EXPANSÃO DA MAXILA E MANDÍBULA.	A
86000500	PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS	APARELHO REMOVÍVEL PARA MOVIMENTAÇÃO DO DENTE CANINO.	A
86000519	PLACA DUPLA DE SANDERS	APARELHO REMOVÍVEL PARA A CORREÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA E MAXILA.	A
86000527	PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO	APARELHO REMOVÍVEL PARA EXPANSÃO DA MAXILA.	A
86000535	PLACA LABIOATIVA	A PLACA LABIOATIVA É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO USADO NOS DENTES INFERIORES.	A
85400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	APARELHO REMOVÍVEL USADO NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DOR, DIFICULDADE DE ABRIR OU FECHAR A BOCA, ZUMBIDOS, PROBLEMAS MUSCULARES).	A
86000543	PLANO ANTERIOR FIXO	APARELHO FIXO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000551	PLANO INCLINADO	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000560	QUADRIÉLICE	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO, USADO PARA AUMENTAR O ARCO PALATINO DA CAVIDADE BUCAL, UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CASOS DE MORDIDA CRUZADA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000367	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO – CARPAL	RADIOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA MATURIDADE ÓSSEA DA CRIANÇA (ESTÁGIO DE CRESCIMENTO ÓSSEO).	A
86000578	REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL	APARELHO MÓVEL INDICADO EM PACIENTES JOVENS PARA EQUILIBRAR O CRESCIMENTO ENTRE A MAXILA E A MANDÍBULA.	A
00042603	REMOÇÃO DE APARELHO FIXO (POLIMENTO INCLUSO)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA REMOVER O APARELHO ORTODÔNTICO NO INÍCIO DE UM NOVO TRATAMENTO E NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO. O PROCEDIMENTO INCLUI A LIMPEZA E O POLIMENTO CORONÁRIO (PROFILAXIA).	A
86000586	SIMÕES NETWORK	APARELHO ORTOPÉDICO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
81000456	SLIDE	DISPOSITIVO QUE PROJETA QUADROS COM IMAGEM DO DENTE.	A
86000594	SPLINTER	APARELHO ORTODÔNTICO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE UM COMPONENTE NO DENTE, PARA PUXAR O DENTE QUE ESTÁ INTRAÓSSEO E SERÁ MOVIMENTADO DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTAL P7500

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100013	CAPEAMENTO PULPAR DIRETO	COLOCAÇÃO DE UM MEDICAMENTO QUE VISA À CICATRIZAÇÃO DA POLPA EXPOSTA DURANTE A REMOÇÃO DA CÁRIE. MESMO COM A COLOCAÇÃO DESTA MEDICAÇÃO, PODE HAVER A NECESSIDADE DE TRATAMENTO DE CANAL.	B
85100048	COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS	PROCEDIMENTO PARA COLAR UM PEDAÇO DO DENTE QUEBRADO.	B
81000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO DE IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA 24 H	CONSULTA ODONTOLÓGICA EM CENTROS 24 H, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
00011200	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM HORÁRIO COMERCIAL	CONSULTA ODONTOLÓGICA REALIZADA EM HORÁRIO COMERCIAL, PARA ALÍVIO DE DOR, CIMENTAÇÃO DE PRÓTESES E OUTROS PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM A COBERTURA CONTRATUAL. APÓS O ATENDIMENTO IMEDIATO, É NECESSÁRIO O ACOMPANHAMENTO POSTERIOR DE UM DENTISTA CLÍNICO.	B
82000468	CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, COM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL QUE PROMOVE O CONTROLE DA HEMORRAGIA.	B
82000484	CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	TÉCNICA DE CONTROLE DE SANGRAMENTO EXCESSIVO, SEM APLICAÇÃO DE AGENTE QUÍMICO EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85000787	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES DE LEITE (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA NOS DENTES DE LEITE).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001022	INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INCISÃO E DRENAGEM EXTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU INFLAMAÇÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001030	INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, INCISÃO E DRENAGEM INTRAORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
85200034	PULPECTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA COMPLETA DA POLPA (NERVO) DO DENTE PERMANENTE.	B
85200042	PULPOTOMIA	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE.	B
83000127	PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO	PROCEDIMENTO DA RETIRADA DE PARTE DA POLPA (NERVO) DO DENTE DE LEITE.	B
85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHOS PROTÉTICOS	COLAGEM DE COROAS OU PRÓTESES FIXAS QUE CÁIRAM, UTILIZANDO-SE UM MATERIAL ADESIVO E PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	B
82001251	REIMPLANTE DENTÁRIO COM CONTENÇÃO	RECOLOCAÇÃO DE UM DENTE QUE, POR MOTIVO DE TRAUMA, FOI EXPELIDO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE FICA A RAIZ DO DENTE).	B
82001308	REMOÇÃO DE DRENO EXTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA FORA DA BOCA.	B
82001316	REMOÇÃO DE DRENO INTRAORAL	REMOÇÃO DE TUBO CIRÚRGICO DE UMA FERIDA DENTRO DA BOCA.	B
82001499	SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	UTILIZAÇÃO DE PONTOS OU OUTROS MATERIAIS PARA JUNÇÃO DE TECIDOS QUE PASSARAM POR INCISÕES (CORTES) INTERNAS OU EXTERNAS À CAVIDADE BUCAL.	B
82001650	TRATAMENTO DE ALVEOLITE	TRATAMENTO DA INFLAMAÇÃO DO ALVÉOLO (LOCAL ONDE A RAIZ DO DENTE FICAVA ANTES DE SER REMOVIDO).	B
85300080	TRATAMENTO DE PERICORONARITE	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO E/OU INFECÇÃO DE GENGIVA E TECIDO ÓSSEO DE UM DENTE.	B
85400475	REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA	REPARO DA COROA PROVISÓRIA USANDO-SE RESINA ACRÍLICA. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CONSULTA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000026	ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA	CONSULTAS PARA ACOMPANHAMENTO E EVOLUÇÃO DE TRATAMENTO/CIRURGIAS. O DENTISTA PODE PEDIR EXAMES/AVALIAR CICATRIZAÇÃO.	B
81000014	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
87000032	CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	CONSULTA ODONTOLÓGICA QUE VISA CONDICIONAR O PACIENTE AO AMBIENTE DO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO COM ORIENTAÇÃO DO DENTISTA, COLABORAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS.	B
81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	CONSULTA INICIAL REALIZADA PELO DENTISTA PARA A AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
82000700	ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA APÓS ORIENTAÇÃO E CONSENTIMENTO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE COM NECESSIDADES ESPECIAIS E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
00011413	CONSULTA EM AMBIENTE HOSPITALAR	CONSULTA E/OU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CONSULTA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00044446	DESLOCAMENTO PARA ATENDIMENTO HOSPITALAR	DESLOCAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO EM HOSPITAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE (CASOS ESPECIAIS). HÁ A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DO CASO PELA EQUIPE TÉCNICA.	A
87000148	ESTABILIZAÇÃO POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS EM ODONTOLOGIA	MANOBRA REALIZADA, POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA, A FIM DE PROTEGER O PACIENTE E POSSIBILITAR A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A

RADIOLOGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000294	LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO)	REALIZAÇÃO DE RADIOGRAFIAS PERIAPICAIAS, PARA AUXILIAR NA AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO ODONTOLÓGICO.	B
81000375	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING	RADIOGRAFIA FEITA DENTRO DA BOCA, PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES.	B
00012164	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL – BITE-WING EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA A INVESTIGAÇÃO DE CÁRIE E RESTAURAÇÃO ENTRE OS DENTES. EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000383	RADIOGRAFIA OCLUSAL	RAIO-X QUE É FEITO DENTRO DA BOCA, PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012176	RADIOGRAFIA OCLUSAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RADIOGRAFIA INTRABUCAL PARA AVALIAR A POSIÇÃO DE RESTOS DE RAÍZES, DENTES QUE ESTÃO DENTRO DO OSSO (INCLUSOS) E DENTES QUE VIERAM A MAIS (SUPRANUMERÁRIOS). EXAME REALIZADO NA CLÍNICA DE RADIOLOGIA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRAMA)	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA UMA VISÃO GERAL DOS DENTES E ESTRUTURAS DE SUPORTE.	B
81000421	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA.	B
00012152	RADIOGRAFIA PERIAPICAL EM CLÍNICA RADIOLÓGICA	RAIO-X FEITO DA COROA E RAIZ DO DENTE PARA AVALIAÇÃO COMPLETA DO DENTE. EXAME FEITO NA CLÍNICA RADIOLÓGICA.	B
81000553	DOCUMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA EM MÍDIA DIGITAL (GRAVAÇÃO DO EXAME RADIOLÓGICO)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS EM MÍDIA DIGITAL), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DO DENTISTA.	A
00012103	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00012341	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA COMPLETA	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA.	A
00012353	DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA ESPECIAL	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (CONJUNTO DE IMAGENS, EXAMES E TRAÇADOS), PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO. VARIÁVEL DE ACORDO COM A TÉCNICA E COBERTURA CONTRATADA.	A
81000278	FOTOGRAFIA	FOTOGRAFIA COM FINALIDADE DE AVALIAÇÃO.	A
81000324	RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

RADIOLOGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000340	RADIOGRAFIA DA ATM	RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO QUE FAZ A ABERTURA E O FECHAMENTO DA BOCA, UTILIZADA PARA A AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DA ARTICULAÇÃO NAS POSIÇÕES BOCA ABERTA (MÁXIMA ABERTURA), REPOUSO E BOCA FECHADA (EM OCLUSÃO). EXAME REALIZADO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA.	A
81000561	RADIOGRAFIA LATERAL CORPO DA MANDÍBULA	RADIOGRAFIA PARA INVESTIGAR A PRESENÇA DE LESÃO OU FRATURA NA REGIÃO DA PARTE DE BAIXO DA BOCA, NO CORPO DA MANDÍBULA.	A
81000430	RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR	EXAME POR IMAGEM, FEITO FORA DA CAVIDADE BUCAL, USADO PARA LOCALIZAÇÃO DAS FRATURAS, NA PESQUISA E LOCALIZAÇÃO DE ELEMENTOS QUE NÃO FAZEM PARTE DO NOSSO CORPO.	A
81000472	TELERRADIOGRAFIA	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO.	A
81000480	TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO, COM ESTUDO DE TRAÇADOS.	A
00012389	TELERRADIOGRAFIA FRONTAL	RAIO-X FEITO FORA DA BOCA QUE MOSTRA ESTRUTURAS ÓSSEAS DA REGIÃO DE CABEÇA E PESCOÇO DE LADO.	A
81000537	TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	ESTUDO E PLANEJAMENTO (MEDIDAS) DAS ESTRUTURAS DO CRÂNIO E DA FACE, UTILIZADO NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
84000031	APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA QUE PARALISA O PROGRESSO DA CÁRIE. EM GERAL, UTILIZADA EM CRIANÇAS.	B
84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES, COM O USO DE BROCAS PARA APROFUNDAMENTO DESSE SULCO, QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE FÓSSULAS E FISSURAS	APLICAÇÃO DE UMA SUBSTÂNCIA NO SULCO DOS DENTES QUE PODE PREVENIR O SURGIMENTO DE CÁRIE.	B
84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	APLICAÇÃO DE FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
84000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO	APLICAÇÃO DE VERNIZ COM FLÚOR NO DENTE QUE AUXILIA NA PREVENÇÃO DA CÁRIE.	B
87000016	ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR HIGIENE BUCAL PARA OS PAIS E/OU OS CUIDADORES DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.	B
84000139	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL	ORIENTAÇÕES SOBRE A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B
87000024	ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES	ORIENTAÇÃO PARA REALIZAR A HIGIENE E SAÚDE BUCAL.	B
84000163	CONTROLE DE BIOFILME (PLACA BACTERIANA)	ORIENTAÇÕES DE HIGIENE PARA REALIZAR A REMOÇÃO DE PLACA BACTERIANA DA CAVIDADE BUCAL.	B
84000171	CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE	CONSULTA DE CONTROLE DA EVOLUÇÃO DA CÁRIE INICIAL E SUPERFICIAL.	B
83000020	COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
83000046	COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA PREVENTIVA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
83000062	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO – DENTES DE LEITE.	B
85300012	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE.	B
85100269	DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA	PROCEDIMENTO QUE UTILIZA AGENTES QUÍMICOS PARA MINIMIZAR E TRATAR A SENSIBILIDADE DO DENTE AO CALOR OU FRIO.	B
84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	PROCEDIMENTO EM QUE O DENTISTA REALIZA A LIMPEZA E O POLIMENTO DA COROA DO DENTE, UTILIZANDO PASTA DE PROFILAXIA E INSTRUMENTAL OU OUTRAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS COMPLEMENTARES.	B
84000201	REMINERALIZAÇÃO	PROCEDIMENTO PARA DEVOLVER AO DENTE MINERAIS PERDIDOS. ESTÁ RELACIONADO À SENSIBILIDADE DENTÁRIA.	B
85300055	REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DO BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA)	REMOÇÃO DE ELEMENTOS RETENTIVOS, DIMINUINDO O ACÚMULO DE PLACA (OBTURAÇÃO COM EXCESSO).	B
83000097	MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO	APARELHO FIXO QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A
83000100	MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL	APARELHO REMOVÍVEL QUE TEM COMO OBJETIVO MANTER O ESPAÇO QUE ERA OCUPADO POR UM DENTE REMOVIDO PRECOCEMENTE.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000239	BIÓPSIA DE BOCA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA BOCA, PARA ESTUDO EM LABORATÓRIO.	B
82000247	BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DE TECIDO DA GLÂNDULA QUE PRODUZ SALIVA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS DESTA GLÂNDULA EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000255	BIÓPSIA DE LÁBIO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO LÁBIO, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000263	BIÓPSIA DE LÍNGUA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DA LÍNGUA, PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000271	BIÓPSIA DE MANDÍBULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
82000280	BIÓPSIA DE MAXILA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE COLHE UMA AMOSTRA DO TECIDO DA MAXILA (ARCADA SUPERIOR), PARA ESTUDO DAS CÉLULAS EM LABORATÓRIO. BIÓPSIA É O ATO CIRÚRGICO E O ESTUDO É QUE IRÁ CONCLUIR SE AS CÉLULAS SÃO MALIGNAS OU BENIGNAS.	B
81000111	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME DE AVALIAÇÃO DE CÉLULAS DA BOCA POR COLETA FEITA ATRAVÉS DE RASPAGEM DO TECIDO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DIAGNÓSTICO (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000138	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000154	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE BIÓPSIA PRÉVIA. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
81000170	DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	EXAME REALIZADO PARA DIAGNÓSTICO DE MATERIAL COLHIDO NA CAVIDADE BUCAL POR MEIO DE PUNÇÃO ASPIRATIVA DE LESÕES. REALIZADO EM LABORATÓRIO DE ANÁLISE ANATOMOPATOLÓGICA.	B
84000244	TESTE DE FLUXO SALIVAR	EXAME QUE MEDE A QUANTIDADE DE SALIVA PRODUZIDA (FLUXO SALIVAR) NUM DETERMINADO INTERVALO DE TEMPO.	B
84000252	TESTE DE PH SALIVAR	EXAME QUE AVALIA O PH DA SALIVA.	B
81000197	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA.	A
81000200	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE (CONHECIDA COMO "SAPINHO").	A
81000219	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE MAU HÁLITO.	A
81000235	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE BAIXA PRODUÇÃO DE SALIVA (BOCA SECA).	A
81000243	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE UMA REPRODUÇÃO DOS DENTES EM CERA.	A
84000228	TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA	EXAME DA PROPRIEDADE QUE A SALIVA TEM DE MANTER O SEU PH REGULAR.	A
84000236	TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA	EXAME DE CONTAGEM DE MICRO-ORGANISMOS TOTAIS PRESENTES NA BOCA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000034	ALVEOLOPLASTIA	REMOÇÃO CIRÚRGICA DE IRREGULARIDADES NA REGIÃO ÓSSEA LOGO APÓS A EXTRAÇÃO DE UM DENTE.	B
82000050	AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE COM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000069	AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	REMOÇÃO DE UMA PARTE OU DE UMA DAS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
82000077	APICETOMIA BIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DO DENTE (COM DUAS RAÍZES) E INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000085	APICETOMIA BIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NAS RAÍZES REMANESCENTES.	B
82000158	APICETOMIA MULTIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000166	APICETOMIA MULTIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DE UMA OU MAIS RAÍZES DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000174	APICETOMIA UNIRRADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE COM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000182	APICETOMIA UNIRRADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	CIRURGIA DE REMOÇÃO DA PONTA DA RAIZ DE UM DENTE SEM A INSERÇÃO DE MATERIAL RESTAURADOR NO REMANESCENTE DESTA RAIZ.	B
82000190	APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NO APROFUNDAMENTO DO ESPAÇO ENTRE A REGIÃO DA GENGIVA E OS LÁBIOS (SUPERIOR E/OU INFERIOR) OU BOCHECHAS, PARA MELHOR ADAPTAR PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL (DENTADURA) OU PRÓTESE REMOVÍVEL (PONTE MÓVEL).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000298	BRIDECTOMIA	REMOÇÃO TOTAL DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000301	BRIDOTOMIA	CORTE PARA ALÍVIO DAS BRIDAS (ESTRUTURAS FIBROSAS QUE TEMOS NA BOCA), QUE PODEM DIFICULTAR A ADAPTAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE PRÓTESE.	B
82000352	CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MAXILA (ARCADA SUPERIOR).	B
82000360	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR BILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO E/OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO NA MANDÍBULA (ARCADA INFERIOR).	B
82000387	CIRURGIA PARA TÓRUS MANDIBULAR UNILATERAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA DO OSSO, EM UM DOS LADOS DA MANDÍBULA.	B
82000395	CIRURGIA PARA TÓRUS PALATINO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A DIMINUIÇÃO OU REMOÇÃO DE PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NO PALATO (CÉU DA BOCA).	B
82000441	COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO EM LESÕES OU REGIÕES ESPECÍFICAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL, OBTIDA POR MEIO DE RASPAGEM COM ESPÁTULAS (MADEIRA OU METAL) E QUE SERÁ ENCAMINHADA AO LABORATÓRIO PARA ANÁLISE.	B
82000506	CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO EM ODONTOLOGIA	CONSULTA DE RETORNO APÓS UMA CIRURGIA PARA AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO, REMOÇÃO DOS PONTOS E ORIENTAÇÕES.	B
82000557	CUNHA PROXIMAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO OU GENGIVAL PARA FACILITAR A EXECUÇÃO DE OUTRO PROCEDIMENTO NA MESMA REGIÃO.	B
82000743	EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO DE TECIDO QUE TEVE UM AUMENTO DE TAMANHO, LOCALIZADO NOS TECIDOS MOLES DA BOCA (GENGIVA, BOCHECHA, OUTROS).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000778	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CÁLCULO SALIVAR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DO CÁLCULO SALIVAR.	B
82000786	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE CISTOS ODONTOLÓGICOS.	B
82000794	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE MUCOCELE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000808	EXÉRESE OU EXCIÇÃO DE RÂNULA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA RETIRAR UMA PARTE OU A TOTALIDADE DA MUCOCELE (GLÂNDULA SALIVAR "ENTUPIDA" POR TRAUMA OU OUTRA CAUSA).	B
82000816	EXODONTIA A RETALHO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA REMOÇÃO DE DENTE COM UM CORTE MAIOR (FACILITAÇÃO DO ACESSO CIRÚRGICO).	B
82001740	EXODONTIA DE INCLUSO/IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS, IMPACTADOS (DENTRO DO OSSO) E SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/ PROTÉTICA	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE APÓS FINALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ORTODÔNTICO E/OU PROTÉTICO.	B
82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA REMOVER RAIZ RESIDUAL DO DENTE.	B
82001731	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSO/ IMPACTADO SUPRANUMERÁRIO	REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS/IMPACTADOS/ SUPRANUMERÁRIOS (DENTES EXTRAS).	B
82001294	EXODONTIA DE SEMI-INCLUSOS/ IMPACTADOS	REMOÇÃO DE DENTE SEMI-INCLUSO E IMPACTADO (COM OSSO EM CIMA DO DENTE).	B
83000089	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO	REMOÇÃO DE DENTE DE LEITE.	B
82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	REMOÇÃO DE DENTE PERMANENTE.	B
82000883	FRENULECTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000891	FRENULECTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B
82000905	FRENULOTOMIA LABIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DO LÁBIO.	B
82000913	FRENULOTOMIA LINGUAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO PARCIAL OU NO REPOSICIONAMENTO DO TECIDO FIBROSO (FREIO) DA LÍNGUA.	B
82001758	MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REALIZAÇÃO DE UMA INCISÃO NO CISTO, PARA DIMINUIÇÃO DO TAMANHO, QUANDO NÃO ESTÁ INDICADA A REMOÇÃO DE IMEDIATO.	B
82001073	ODONTOSSECÇÃO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA SEPARAÇÃO DAS RAÍZES DE UM DENTE COM MAIS DE UMA RAIZ (MANUTENÇÃO DE UMA DAS RAÍZES OU AINDA TÉCNICA CIRÚRGICA NA REMOÇÃO DE DENTES).	B
82001103	PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA POR ASPIRAÇÃO.	B
82001120	PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA INVESTIGAR, REMOVENDO-SE UMA AMOSTRA DE CÉLULAS DE TECIDO, LESÃO OU MASSA, COM AUXÍLIO DE IMAGEM.	B
82001154	RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVOLABIAL	CIRURGIA PARA RECONSTRUÇÃO DE FENDA NO LÁBIO E NA GENGIVA (LÁBIO LEPORINO).	B
82001170	REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B
82001189	REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVEOLODENTÁRIA	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A RAIZ DO DENTE.	B
82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS/ IMPACTADOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO PARA REMOVER DENTES COM INDICAÇÃO, QUE SE ENCONTRAM DENTRO DA GENGIVA OU OSSO.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001367	REMOÇÃO DE ODONTOMA	CIRURGIA PARA REMOÇÃO DA LESÃO QUE ESTÁ RELACIONADA A UM DENTE (ODONTOMA).	B
82001464	SEPULTAMENTO RADICULAR	TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZADA EM CASOS NOS QUAIS SE FAZ NECESSÁRIA A SEPARAÇÃO DA COROA E DA RAIZ DO DENTE DURANTE A CIRURGIA.	B
82001529	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCCOSINUSAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	B
82001553	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001588	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE AUMENTO DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001596	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001618	TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	B
82001634	TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO	CIRURGIA NOS CASOS DE TUMORES ODONTOGÊNICOS BENIGNOS SEM RECONSTRUÇÃO.	B
82001685	TUNELIZAÇÃO	TÉCNICA CIRÚRGICA PARA FACILITAR A HIGIENE NOS DENTES QUE PASSARAM POR TRATAMENTO GENGIVAL COM O REPOSICIONAMENTO ÓSSEO E/OU GENGIVAL.	B
82001707	ULECTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER CAPUZ DE GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

CIRURGIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001715	ULOTOMIA	CIRURGIA PARA REMOVER PARTE DA GENGIVA QUE ESTÁ EM CIMA DO DENTE, PARA PERMITIR QUE O DENTE SAIA DE DENTRO DA GENGIVA. (ERUPÇÃO).	B
82001049	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO AUTÓGENO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DA ALTURA DO TECIDO ÓSSEO MAXILAR, UTILIZANDO-SE MINERAL ÓSSEO DO PRÓPRIO PACIENTE.	A
82001057	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO HOMÓLOGO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DA ALTURA DO TECIDO ÓSSEO MAXILAR, UTILIZANDO-SE MINERAL ÓSSEO DE BANCO DE OSSOS.	A
82001065	LEVANTAMENTO DO SEIO MAXILAR COM OSSO LIOFILIZADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DA ALTURA DO TECIDO ÓSSEO MAXILAR, UTILIZANDO-SE MINERAL ÓSSEO LIOFILIZADO.	A
82001391	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001413	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL.	A
82001448	SEDAÇÃO CONSCIENTE COM ÓXIDO NITROSO E OXIGÊNIO EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA DE SEDAÇÃO LEVE E CONTROLADA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. COM ISSO, HÁ A REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE UMA MÁSCARA NASAL, PARA A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82001456	SEDAÇÃO MEDICAMENTOSA AMBULATORIAL EM ODONTOLOGIA	TÉCNICA QUE PERMITE A DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. COM ISSO, HÁ A REDUÇÃO DA DOR, COM USO DE MEDICAMENTO, PARA A REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO.	A
82001510	TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCONASAIS	TRATAMENTO DE INFECÇÕES DA CAVIDADE BUCAL QUE TENHAM UM TRAJETO (FÍSTULA) INTERNO OU EXTERNO (FACE).	A
82001545	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL	CIRURGIA DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL (REGIÕES COM FREIOS, TECIDO FIBROSO).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400017	AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM ACRÉSCIMO DE MATERIAL RESTAURADOR.	B
85400025	AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO	AJUSTE E/OU ESTABILIZAÇÃO DA MORDIDA COM DESGASTES NOS DENTES E/OU RESTAURAÇÕES EXISTENTES.	B
85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	CONFECÇÃO DIRETA NO DENTE DO PACIENTE DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES SEM O USO DE RECURSOS DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE.	B
85400211	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	PREENCHIMENTO DE MATERIAL DENTRO DO DENTE APÓS TRATAMENTO DE CANAL, PARA SUPORTAR UMA COROA OU PRÓTESE. PROCEDIMENTO REALIZADO PELO DENTISTA EM CONSULTÓRIO.	B
83000135	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE DECÍDUO	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE DE LEITE.	B
85100080	RESTAURAÇÃO ATRAUMÁTICA EM DENTE PERMANENTE	OBTURAÇÃO FEITA COM IONÔMERO DE VIDRO EM DENTE PERMANENTE.	B
85100099	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100102	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100110	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
85100129	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA EM METAL, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	B
00015264	RESTAURAÇÃO DE SUPERFÍCIE RADICULAR	OBTURAÇÃO PARA COBRIR A PARTE DA RAIZ QUE ESTÁ EXPOSTA PARA FORA DA GENGIVA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

DENTÍSTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 1 FACE	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 2 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 3 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100161	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO – 4 FACES	OBTURAÇÃO CONFECCIONADA COM O MATERIAL IONÔMERO DE VIDRO EM DENTES DE LEITE, QUE RECOBRE QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE DE DENTES DO FUNDO.	B
85100196	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 1 FACE	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO UMA PAREDE DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100200	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 2 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO DUAS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100218	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 3 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO TRÊS PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85100226	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL – 4 FACES	OBTURAÇÃO FEITA EM RESINA DA COR DO DENTE, RECOBRINDO QUATRO PAREDES DO DENTE, APÓS A REMOÇÃO DA CÁRIE.	B
85200085	RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA/ TRATAMENTO EXPECTANTE	PROCEDIMENTO DE COBRIR DENTE QUE ESTÁ ABERTO, DEVIDO A CÁRIE OU QUEDA DE RESTAURAÇÃO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E, DEPOIS, OBTURAR O DENTE COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85100234	TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO	TRATAMENTO DE MANCHA NO DENTE, CAUSADA POR FLÚOR, COM MATERIAL ABRASIVO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PERIODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	AUMENTO DA PARTE DO DENTE EXPOSTA (COROA – PARTE FORA DA GENGIVA), COM A REMOÇÃO DE TECIDO ÓSSEO AO REDOR DESTE DENTE. VISA MELHOR ADAPTAÇÃO DE UMA PRÓTESE OU RESTAURAÇÃO.	B
82000336	CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM INCISÃO E AFASTAMENTO DOS TECIDOS MOLES DA BOCA PARA TER ACESSO AO LOCAL.	B
82000417	CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO TECIDO ÓSSEO NA REGIÃO DE UM DENTE OU GRUPO DE DENTES PARA REALIZAÇÃO DE RASPAGEM PROFUNDA (TENTATIVA DE DIMINUIÇÃO DO ESPAÇO ENTRE O TECIDO ÓSSEO E A GENGIVA).	B
82000662	ENXERTO GENGIVAL LIVRE	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B
82000689	ENXERTO PEDICULADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	B
82000921	GENGIVECTOMIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL.	B
00014397	GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DE EXCESSO DE TECIDO GENGIVAL (EM UM DENTE ESPECÍFICO).	B
82000948	GENGIVOPLASTIA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE CONSISTE NA REMOÇÃO CIRÚRGICA GENGIVAL (TECIDO DE CONTORNO DOS DENTES).	B
85300020	IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES	TÉCNICA UTILIZADA PARA FIXAÇÃO DE DENTES PERMANENTES (EM GERAL, APÓS QUEDA OU TRAUMA).	B
85300039	RASPAGEM SUBGENGIVAL/ ALISAMENTO RADICULAR	LIMPEZA PROFUNDA DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B
85300047	RASPAGEM SUPRAGENGIVAL	LIMPEZA DA COROA DO DENTE E PARTE DA GENGIVA E POLIMENTO DA COROA.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PERIODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO	TRATAMENTO PARA INFECÇÃO BUCAL (DENTE E/OU GENGIVA E TECIDOS DE SUPORTE).	B
85300071	TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO/INFECÇÃO AGUDA GENERALIZADA NA CAVIDADE BUCAL.	B
82000344	CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO COM APLICAÇÃO DE MINERAL ÓSSEO NA REGIÃO.	A
00000346	DOCUMENTAÇÃO PERIODONTAL (GRAVAÇÃO EM MÍDIA DIGITAL)	EXAME FEITO EM CLÍNICA RADIOLÓGICA (14 RADIOGRAFIAS PEQUENAS INTRABUCAIS <=> PERIAPICAI) PARA O DENTISTA AVALIAR E PLANEJAR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.	A
82000581	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DA LINHA OBLÍQUA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE INSERE CONTEÚDO ÓSSEO EM UMA REGIÃO DA CAVIDADE BUCAL (UTILIZADO OSSO DA LINHA OBLÍQUA DO PRÓPRIO PACIENTE).	A
82000603	ENXERTO COM OSSO AUTÓGENO DO MENTO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE INSERE CONTEÚDO ÓSSEO EM UMA REGIÃO DA CAVIDADE BUCAL (UTILIZADO OSSO DA REGIÃO DO MENTO, QUEIXO DO PRÓPRIO PACIENTE).	A
82000620	ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO QUE INSERE CONTEÚDO ÓSSEO EM UMA REGIÃO DA CAVIDADE BUCAL (UTILIZADO OSSO PREPARADO COMERCIALMENTE PARA ESSA FINALIDADE).	A
82000646	ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA ENXERTO DE TECIDO EM LOCAL NECESSÁRIO, UTILIZANDO-SE TECIDOS DO PRÓPRIO PACIENTE.	A
82001243	REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA RTG	PROCEDIMENTO PARA A COLOCAÇÃO DE UMA MEMBRANA NA FERIDA PARA EVITAR O CONTATO DO TECIDO DA GENGIVA NA FERIDA. COM ISSO, TEM-SE UMA BOA CICATRIZAÇÃO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100056	CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200174	CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA	PROCEDIMENTO DE MEDICAR E COBRIR DENTE QUE ESTÁ COM CANAL ABERTO OU EM TRATAMENTO, COM MATERIAL PROVISÓRIO, COM O OBJETIVO DE DIMINUIR DESCONFORTO E DOR E PREPARAR O DENTE PARA A OBTURAÇÃO COM MATERIAL DEFINITIVO.	B
85200050	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO QUE ESTÁ DENTRO DO CANAL.	B
85200069	REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO	REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CANAL PARA A REALIZAÇÃO DE UM NOVO TRATAMENTO DE CANAL.	B
85200077	REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRARRADICULAR	REMOÇÃO DA ESTRUTURA METÁLICA (PINO) DE DENTRO DO CANAL.	B
85200093	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200107	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM MAIS DE DUAS RAÍZES, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ENDODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85200115	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	RECONFECÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL EM DENTES COM UMA RAIZ, DEVIDO A REINFECÇÃO NO CANAL DO DENTE, JÁ TRATADO ANTERIORMENTE. NESSE PROCEDIMENTO, REALIZAM-SE REMOÇÃO DO MATERIAL OBTURADOR, NOVA DESINFECÇÃO DO CANAL E NOVO PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200123	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO ENDODÔNTICA	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO NO CANAL (PERFURAÇÃO DO ASSOALHO DO DENTE <=> FATO INESPERADO DURANTE UM TRATAMENTO DE CANAL).	B
85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200131	TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE, COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS (UTILIZADOS QUANDO A RAIZ AINDA ESTÁ EM FORMAÇÃO).	B
83000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE DE LEITE (DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO) E DESINFECÇÃO DO CANAL.	B
85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (MAIS DE DUAS RAÍZES), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	TRATAMENTO REALIZADO NO CANAL DO DENTE (UMA RAIZ), COM REMOÇÃO DA POLPA (NERVO), DESINFECÇÃO DO CANAL E PREENCHIMENTO DA RAIZ COM MATERIAL OBTURADOR.	B
85200018	CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO	CLAREAMENTO DE DENTE ESCURECIDO PELO TRATAMENTO DE CANAL COM O USO DE PRODUTOS CLAREADORES DENTRO DO CANAL. PODE HAVER OU NÃO O SUCESSO NO CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
87000040	COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000059	COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE	COROA (METÁLICA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
87000067	COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) – DENTE PERMANENTE.	B
85400076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	COROA PROVISÓRIA COM PINO (FIXAÇÃO DENTRO DA RAIZ DO DENTE) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	COROA PROVISÓRIA SEM PINO DENTRO DA RAIZ DO DENTE, CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA) OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO (DENTES ANTERIORES)	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES INCISIVOS, LATERAIS E CANINOS). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400149	COROA TOTAL METÁLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL, SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE DO ROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	ESTRUTURA DE METAL CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	B
85400262	PINO PRÉ-FABRICADO	PINO COLOCADO NA RAIZ DOS DENTES APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA DAR SUSTENTAÇÃO E SUPORTE PARA COROAS.	B
85200026	PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR	PROCEDIMENTO PARA O PREPARO DA RAIZ APÓS A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE CANAL PARA ACOMODAR E COLOCAR O PINO.	B
85400459	PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	PEÇA PROVISÓRIA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A COLOCAÇÃO DA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA DEFINITIVA.	B
85400505	REMOÇÃO DE TRABALHO PROTÉTICO	REMOÇÃO DE COROAS, PRÓTESES FIXAS, PARA AVALIAÇÃO E CONFECCÃO DE NOVAS.	B
85400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	BLOCO EM METAL PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	B
00041227	NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO	ESTRUTURA DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO CIMENTADA DENTRO DO DENTE COM TRATAMENTO DE CANAL, A FIM DE RECUPERAR ESTRUTURA DENTÁRIA PERDIDA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400440	PROVISÓRIO PARA INLAY/ONLAY	UM TIPO DE PRÓTESE: UM BLOCO DE RESINA CIMENTADO NA PARTE DE CIMA DOS DENTES DE TRÁS (PRÉ-MOLARES E MOLARES).	A

CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5

DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
82001197	REDUÇÃO SIMPLES DE LUXAÇÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	CIRURGIA PARA REPOSICIONAR OS FRAGMENTOS APÓS UMA FRATURA DA REGIÃO ONDE ESTÁ A ARTICULAÇÃO QUE FAZ A BOCA ABRIR E FECHAR.	B
00081610	TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DA ATM	TRATAMENTO DA FASE AGUDA DAS DISFUNÇÕES DA ATM (DOR, DIFICULDADE DE ABERTURA DA BOCA).	B
85400246	ÓRTESE MIORRELAXANTE (PLACA OCLUSAL ESTABILIZADORA)	PLACA CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, USADA NOS CASOS EM QUE O PACIENTE RANGE OS DENTES (BRUXISMO) E PARA RELAXAMENTO MUSCULAR NOS CASOS DE APERTAR OS DENTES.	A
82001642	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM	TRATAMENTO PARA DESLOCAMENTO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR – ATM.	A

ODONTOLOGIA ESTÉTICA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00008260	CLAREAMENTO A LASER (2 ARCOS)	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE PRODUTOS CLAREADORES E LUZ PARA ATIVAÇÃO DESSES PRODUTOS. DE ACORDO COM A TÉCNICA, O TRATAMENTO PODE DURAR MAIS DE UMA SESSÃO E PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
85100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE MOLDEIRA E GEL CLAREADOR. DE ACORDO COM A TÉCNICA INDICADA PELO PROFISSIONAL, PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A
85100030	CLAREAMENTO DENTÁRIO DE CONSULTÓRIO	CLAREAMENTO DOS DENTES UTILIZANDO-SE PRODUTOS CLAREADORES E LUZ PARA ATIVAÇÃO DESSES PRODUTOS. DE ACORDO COM A TÉCNICA, O TRATAMENTO PODE DURAR MAIS DE UMA SESSÃO E PODE HAVER OU NÃO O CLAREAMENTO PLANEJADO (RESULTADO INDIVIDUAL VARIÁVEL).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ODONTOLOGIA ESTÉTICA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
81000090	CONSULTA PARA TÉCNICA DE CLAREAMENTO DENTÁRIO CASEIRO	CONSULTA REALIZADA PELO DENTISTA PARA AVALIAÇÃO, EXPLICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DE CLAREAMENTO FEITO PELO CLIENTE.	A
85100072	PLACA DE ACETATO PARA CLAREAMENTO CASEIRO	MOLDEIRA TRANSPARENTE NA QUAL SERÁ INSERIDO O GEL CLAREADOR E, DEPOIS, A MOLDEIRA É COLOCADA NA BOCA PARA A REALIZAÇÃO DO CLAREAMENTO CONVENCIONAL (CASEIRO).	A

PRÓTESE EXTRARROL

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
84000015	APARELHO PROTETOR BUCAL	APARELHO REMOVÍVEL CONFECCIONADO PARA PROTEGER OS DENTES DE FRATURAS E TRAUMAS. INDICADO PARA PRÁTICAS ESPORTIVAS E DURANTE TRATAMENTO DE APARELHO FIXO. A CORRETA INDICAÇÃO É FEITA PELO DENTISTA.	A
85400033	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES REMOVÍVEIS (PONTE MÓVEL), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400041	CONCERTO EM PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES REMOVÍVEIS (PONTE MÓVEL), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400050	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EM CONSULTÓRIO E EM LABORATÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES TOTAIS (DENTADURA), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A
85400068	CONCERTO EM PRÓTESE TOTAL (EXCLUSIVAMENTE EM CONSULTÓRIO)	O PROCEDIMENTO CONSISTE EM PEQUENOS REPAROS EM PRÓTESES TOTAIS (DENTADURA), PARA DEVOLUÇÃO DA SUA FUNÇÃO ORIGINAL.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400572	COROA 3/4 OU 4/5	COROA CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO (PRÓTESE DENTÁRIA), QUE APROVEITA UMA PARTE DO DENTE REMANESCENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400092	COROA TOTAL ACRÍLICA PENSADA	COROA PARA SUBSTITUIÇÃO DA COROA PERDIDA DE UM DENTE, CONFECCIONADA EM ACRÍLICO PENSADO (DA COR DO DENTE), SOBRE A RAIZ DO DENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO.	A
85400106	COROA TOTAL EM CERÂMICA PURA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÂMICA PURA OU PORCELANA (DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
00041264	COROA TOTAL EM CERÔMERO-DENTES POSTERIORES	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÔMERO (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES (DENTES PRÉ-MOLARES E MOLARES). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400157	COROA TOTAL METALOCERÂMICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E CERÂMICA POR CIMA (DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400165	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA CERÔMERO	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E CERÔMERO POR CIMA (MATERIAL RESINOSO DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400173	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA RESINA ACRÍLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E RESINA POR CIMA (MATERIAL DA COR DO DENTE), SOBRE UMA ESTRUTURA PARCIAL DE UM DENTE OU AINDA SOBRE PINOS CIMENTADOS NAS RAÍZES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400181	FACETA EM CERÂMICA PURA	LÂMINA EM CERÂMICA (PORCELANA) CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO. INDICADA PARA DENTES COM PROBLEMAS DE FORMA E COR COM INSUCESSO EM OUTRAS TENTATIVAS DE TRATAMENTOS MAIS CONSERVADORES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE DESGASTE IRREVERSÍVEL DO DENTE, ALÉM DAS FASES DE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400190	FACETA EM CERÔMERO	CONFECCÃO EM LABORATÓRIO DE UMA LÂMINA FEITA EM RESINA, NA FRENTE DE DENTES ANTERIORES QUE ESTEJAM: TRINCADOS OU MANCHADOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400580	JIG OU FRONT PLATO – ÓRTESE REPOSICIONADORA	DISPOSITIVO USADO PARA REPOSICIONAR A MORDIDA, CHAMADO JIG OU FRONT PLATO.	A
00042640	MODELO DE TRABALHO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA OU EM LABORATÓRIO PARA CONFECCÃO DE COROAS, PRÓTESES E APARELHOS ORTODÔNTICOS.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400238	ONLAY DE RESINA INDIRETA	RESTAURAÇÕES CONFECCIONADAS EM LABORATÓRIO DE PRÓTESE OU EQUIPAMENTOS ESPECIAIS NO CONSULTÓRIO E CIMENTADAS PELO DENTISTA.	A
85400602	PONTO DE SOLDA	PROCEDIMENTO NO QUAL PONTOS DE CONTATO DA SUPERFÍCIE DO METAL SÃO UNIDOS PELO CALOR.	A
85400289	PRÓTESE FIXA ADESIVA DIRETA (PROVISÓRIA)	PROCEDIMENTO REALIZADO DIRETAMENTE NA BOCA PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS POR DENTES SINTÉTICOS PROVISÓRIOS EM RESINA, QUE SÃO COLADOS, UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS, UTILIZADOS DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A CIMENTAÇÃO DOS DEFINITIVOS.	A
85400297	PRÓTESE FIXA ADESIVA EM CERÔMERO LIVRE DE METAL (METAL FREE)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400300	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOCERÂMICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A
85400319	PRÓTESE FIXA ADESIVA INDIRETA EM METALOPLÁSTICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS (INDICADO SOMENTE PARA DENTES ANTERIORES), POR DENTES SINTÉTICOS EM METAL E CERÂMICA, QUE SÃO COLADOS UM AO LADO DO OUTRO, SOBRE REMANESCENTE DE DENTES OU NÚCLEOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITA EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400335	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOCERÂMICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS POR DENTES SINTÉTICOS DE METAL E CERÂMICA, CIMENTADOS SOBRE REMANESCENTE DE DENTE OU NÚCLEO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400343	PRÓTESE PARCIAL FIXA EM METALOPLÁSTICA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS, POR DENTES SINTÉTICOS DE METAL E RESINA, CIMENTADOS SOBRE REMANESCENTE DE DENTE OU NÚCLEO, PARA DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA DOS DENTES AUSENTES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400351	PRÓTESE PARCIAL FIXA <i>IN CERAN</i> LIVRE DE METAL (<i>METAL FREE</i>)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS, POR DENTES SINTÉTICOS EM PORCELANA SEM METAL, CIMENTADOS EM DENTES SEQUENCIAIS PARA DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE PREPARO DOS DENTES, ALÉM DAS FASES DE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400360	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA	DISPOSITIVO TEMPORÁRIO QUE VISA MANTER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA ENTRE AS FASES DE UM TRATAMENTO PROTÉTICO. PODE SER CONFECCIONADA EM LABORATÓRIO OU EM CONSULTÓRIO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, PODENDO SER ELABORADO EM MAIS DE UMA SESSÃO E É FIXADO COM MATERIAL ADESIVO PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	A
85400378	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMIPRECISÃO	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA), COM ENCAIXES DE PRECISÃO OU DE SEMIPRECISÃO, PARA A REABILITAÇÃO E DEVOLUÇÃO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA NA REGIÃO SEM DENTE, DEVIDO A PERDA POR LESÃO DE CÁRIE OU A REMOÇÃO DO DENTE. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00021105	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS – UNILATERAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL UNILATERAL), COM OU SEM GRAMPOS. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400386	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL COM GRAMPOS – BILATERAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL BILATERAL), COM GRAMPO DE METAL BILATERAL, COMO UMA ALTERNATIVA DE REABILITAÇÃO BUCAL. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400394	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA EM ACRÍLICO COM OU SEM GRAMPOS	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (PONTE MÓVEL BILATERAL), COM OU SEM GRAMPOS, PROVISÓRIA, ATÉ A CONCLUSÃO DA REABILITAÇÃO BUCAL PLANEJADA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400408	PRÓTESE TOTAL	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) QUE SUBSTITUI TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400610	PRÓTESE TOTAL CARACTERIZADA	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) COM PERSONALIZAÇÃO DA COLORAÇÃO QUE VISA SUBSTITUIR TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA, DEVOLVENDO A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE OBTENÇÃO DE MOLDES EM CONSULTÓRIO E ETAPAS LABORATORIAIS, SENDO ASSIM REALIZADO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400416	PRÓTESE TOTAL IMEDIATA	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) TEMPORÁRIA CONFECCIONADA APÓS A REMOÇÃO DE TODOS OS DENTES DA BOCA (CORRETA INDICAÇÃO) E SERÁ TROCADA POR UMA PRÓTESE TOTAL DEFINITIVA. APÓS A CICATRIZAÇÃO DA CIRURGIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E NÃO É FEITO EM UMA ÚNICA SESSÃO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400424	PRÓTESE TOTAL INCOLOR	PRÓTESE DO TIPO MÓVEL (DENTADURA) INCOLOR, QUE SUBSTITUI TODOS OS DENTES DE UMA ARCADA (RESINA INCOLOR). O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400432	PROVISÓRIO PARA FACETA	LÂMINA PROVISÓRIA EM RESINA CIMENTADA NA PARTE DA FRENTE DO DENTE, ENQUANTO A LÂMINA DEFINITIVA É CONFECCIONADA (LABORATÓRIO).	A
85400483	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – IMEDIATO (EM CONSULTÓRIO)	REPARO DE PRÓTESE TOTAL (“DENTADURA”) OU PARCIAL (“PONTE” MÓVEL) USANDO MOLDAGEM. O PROCEDIMENTO É REALIZADO NO CONSULTÓRIO DO DENTISTA. PROCEDIMENTO AUTORIZADO PARA PRÓTESES TOTAIS (“DENTADURA”) OU PRÓTESES PARCIAIS REMOVÍVEIS (“PONTE” MÓVEL) QUE NECESSITEM MELHORAR A ADAPTAÇÃO AO REBORDO EDÊNTULO.	A
85400491	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE TOTAL OU PARCIAL – MEDIATO (EM LABORATÓRIO)	REPARO DE PRÓTESE TOTAL (“DENTADURA”) OU PARCIAL (“PONTE” MÓVEL) USANDO MOLDAGEM E RESINA.	A
85400513	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – INLAY	BLOCO EM CERÂMICA PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85400521	RESTAURAÇÃO EM CERÂMICA PURA – ONLAY	BLOCO EM CERÂMICA PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES POSTERIORES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

PRÓTESE EXTRARROL (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85400548	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – <i>INLAY</i>	BLOCO EM CERÔMERO PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85400530	RESTAURAÇÃO EM CERÔMERO – <i>ONLAY</i>	BLOCO EM CERÔMERO PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES PROCEDIMENTO NÃO AUTORIZADO PARA DENTES QUE APRESENTEM EXTENSA DESTRUIÇÃO CORONÁRIA QUE CONTRAINDIQUEM PREPAROS PARCIAIS.	A
85100170	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – <i>INLAY</i>	BLOCO EM RESINA FEITO DIRETAMENTE NA BOCA, PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85100188	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) – <i>ONLAY</i>	BLOCO EM RESINA FEITO DIRETO NA BOCA, PARA RECONSTRUÇÃO DAS REGIÕES OCLUSAIS (AQUELAS QUE TRITURAM OS ALIMENTOS) DOS DENTES MOLARES. O PROCEDIMENTO ENVOLVE MOLDAGENS E TRABALHO LABORATORIAL E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000012	ALETAS GOMES	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA ABERTA.	A
86000020	APARELHO DE KLAMMT	APARELHO REMOVÍVEL PARA REPOSICIONAMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000039	APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR – APM	É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO FIXO OU REMOVÍVEL QUE AUXILIA NA CORREÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA, SENDO TAMBÉM UTILIZADO NOS DISTÚRBIOS DO SONO.	A
86000047	APARELHO DE THUROW	APARELHO REMOVÍVEL EXTRAORAL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000055	APARELHO EXTRABUCAL	APARELHO ORTODÔNTICO QUE UTILIZA COMPONENTES EXTERNOS NA FACE, PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES NO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042688	APARELHO FIXO AUTOLIGADO ESTÉTICO	APARELHO FIXO TRANSPARENTE QUE UTILIZA ACESSÓRIOS (BRAQUETES COM UMA ALETA NO LUGAR DO ELÁSTICO) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
00081736	APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	APARELHO FIXO QUE UTILIZA ACESSÓRIOS INTERNOS (BRAQUETES COM UMA ALETA NO LUGAR DO ELÁSTICO) COLADOS NA PARTE DE TRÁS DOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
00042709	APARELHO FIXO AUTOLIGADO METÁLICO	APARELHO FIXO AUTOLIGADO DE METAL (PRATEADO) QUE UTILIZA ACESSÓRIOS INTERNOS (BRAQUETES COM UMA ALETA NO LUGAR DO ELÁSTICO) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
86000063	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO	APARELHO FIXO TRANSPARENTE QUE UTILIZA ACESSÓRIOS (BRAQUETES) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A
86000098	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO	APARELHO DE METAL FIXO QUE UTILIZA COMPONENTES INTERNOS (BRACKETS) COLADOS NOS DENTES PARA A MOVIMENTAÇÃO E CORREÇÕES NECESSÁRIAS.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000128	APARELHO REMOVÍVEL COM ALÇA BIONATOR INVERTIDA OU DE ESCHELER	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DE MORDIDA CRUZADA.	A
86000136	APM – APARELHO DE PROTRAÇÃO MANDIBULAR	APARELHO ORTODÔNTICO QUE, JUNTO COM UM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO, AUXILIA NA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000144	ARCO LINGUAL	ARCO DE METAL QUE PODERÁ SER USADO PARA MANTER O COMPRIMENTO E A LARGURA DA ARCADA INFERIOR DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000152	BARRA TRANSPALATINA FIXA	COMPONENTE (BARRA DE AÇO) UTILIZADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000160	BARRA TRANSPALATINA REMOVÍVEL	DISPOSITIVO REMOVÍVEL QUE TEM COMO FINALIDADE ESTABILIZAR OU EVITAR MOVIMENTOS INDESEJÁVEIS DURANTE TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000179	BIONATOR DE BALTERS	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA E REPOSICIONAMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000187	BLOCOS GEMINADOS DE CLARK (TWIN BLOCK)	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO FUNCIONAL DA MORDIDA.	A
86000195	BOTÃO DE NANCE	DISPOSITIVO DE METAL INSTALADO NO CÉU DA BOCA DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042356	CONCERTO DE APARELHO	CONCERTO DE APARELHO ORTODÔNTICO.	A
86000209	CONTENÇÃO FIXA – POR ARCADA	FIO QUE É INSTALADO, APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO, PARA EVITAR A MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES.	A
81000189	DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO	CONSULTA, ESTUDO, AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
00042368	DISJUNTOR HASS	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A
86000225	DISJUNTOR PALATINO – HIRAX	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000233	DISJUNTOR PALATINO – MCNAMARA	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA EXPANSÃO RÁPIDA DO CÉU DA BOCA.	A
86000241	DISTALIZADOR COM MOLA NITINOL	DISPOSITIVO CONJUGADO AO APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000250	DISTALIZADOR DE HILGERS	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000268	DISTALIZADOR DISTAL JET	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000276	DISTALIZADOR PÊNDULO/PENDEX	APARELHO FIXO PARA EXPANSÃO DOS MAXILARES E MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000284	DISTALIZADOR TIPO JONES JIG	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000306	GIANELLY	APARELHO FIXO PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000314	GRADE PALATINA FIXA	TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA FIXA.	A
86000322	GRADE PALATINA REMOVÍVEL	TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO CHAMADO GRADE PALATINA REMOVÍVEL.	A
86000330	HERBST ENCAPSULADO	APARELHO FIXO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
00042690	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO AUTOLIGADO.	A
00081744	MANUTENÇÃO DE APARELHO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO AUTOLIGADO LINGUAL.	A
86000357	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO FIXO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO.	A
86000365	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO ORTOPÉDICO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO ORTOPÉDICO.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000373	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO – APARELHO REMOVÍVEL	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO REMOVÍVEL.	A
00042676	MANUTENÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO ESTÉTICO	CONSULTA DO ORTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO COM APARELHO ORTODÔNTICO FIXO ESTÉTICO.	A
86000381	MÁSCARA FACIAL DELAIRE E TRAÇÃO REVERSA	DISPOSITIVO INSTALADO FORA DA BOCA E CONECTADO AO APARELHO DENTRO DA BOCA PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000390	MENTONEIRA	DISPOSITIVO UTILIZADO EM TRATAMENTO ORTODÔNTICO/ORTOPÉDICO PARA CONTER O CRESCIMENTO DA MANDÍBULA.	A
86000403	MODELADOR ELÁSTICO DE BIMLER	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
00041075	MODELO DE ESTUDO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA, PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO.	A
81000308	MODELO ORTODÔNTICO	MODELO EM GESSO DA CAVIDADE BUCAL, CONFECCIONADO PELO DENTISTA, PARA CONFECÇÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO.	A
86000411	MONOBLOCO	IMPLANTE EM PEÇA ÚNICA SEM O COMPONENTE INTERMEDIÁRIO QUE CONECTA A PRÓTESE AO IMPLANTE.	A
85400254	ÓRTESE REPOSICIONADORA (PLACA OCLUSAL REPOSICIONADORA)	PLACA, USADA PARA GUIAR A MANDÍBULA A UMA POSIÇÃO CORRETA, COM O OBJETIVO DE MELHORAR O RELACIONAMENTO ENTRE MAXILA E MANDÍBULA.	A
86000438	PISTAS DIRETAS DE PLANAS – SUPERIOR E INFERIOR	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL OU DISPOSITIVO FIXO COM RECOBRIMENTO DE RESINA PARA FACILITAR A MOVIMENTAÇÃO DAS ARCADAS.	A
86000446	PISTAS INDIRETAS DE PLANAS	APARELHO ORTOPÉDICO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA CRUZADA FUNCIONAL.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000608	PLACA DE CONTENÇÃO ORTODÔNTICA	APARELHO REMOVÍVEL PARA ESTABILIZAÇÃO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000454	PLACA DE DISTALIZAÇÃO DE MOLARES	APARELHO REMOVÍVEL PARA MOVIMENTAÇÃO DOS DENTES POSTERIORES.	A
86000462	PLACA DE HAWLEY	MODELO DE APARELHO MÓVEL UTILIZADO NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO COM A FINALIDADE DE MANTER OS DENTES EM POSIÇÃO APÓS A REMOÇÃO DO APARELHO.	A
86000470	PLACA DE HAWLEY – COM TORNO EXPANSOR	APARELHO ORTODÔNTICO MÓVEL COM A FINALIDADE DE EXPANSÃO DO OSSO MAXILAR (ARCADA SUPERIOR).	A
00042426	PLACA DE HAWLEY ENCAPADA	APARELHO REMOVÍVEL UTILIZADO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A
86000497	PLACA DE SCHWARZ	APARELHO REMOVÍVEL PARA EXPANSÃO DA MAXILA E MANDÍBULA.	A
86000500	PLACA DE VERTICALIZAÇÃO DE CANINOS	APARELHO REMOVÍVEL PARA MOVIMENTAÇÃO DO DENTE CANINO.	A
86000519	PLACA DUPLA DE SANDERS	APARELHO REMOVÍVEL PARA A A CORREÇÃO DA POSIÇÃO DA MANDÍBULA E MAXILA.	A
86000527	PLACA ENCAPSULADA DE MAURÍCIO	APARELHO REMOVÍVEL PARA EXPANSÃO DA MAXILA.	A
86000535	PLACA LABIOATIVA	A PLACA LABIOATIVA É UM TIPO DE APARELHO ORTODÔNTICO USADO NOS DENTES INFERIORES.	A
85400270	PLACA OCLUSAL RESILIENTE	APARELHO REMOVÍVEL USADO NO TRATAMENTO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (DOR, DIFICULDADE DE ABRIR OU FECHAR A BOCA, ZUMBIDOS, PROBLEMAS MUSCULARES).	A
86000543	PLANO ANTERIOR FIXO	APARELHO FIXO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
86000551	PLANO INCLINADO	APARELHO REMOVÍVEL PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

ORTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
86000560	QUADRIÉLICE	APARELHO ORTODÔNTICO FIXO USADO PARA AUMENTAR O ARCO PALATINO DA CAVIDADE BUCAL. UTILIZADO NO TRATAMENTO DE CASOS DE MORDIDA CRUZADA.	A
81000367	RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO – CARPAL	RADIOGRAFIA PARA AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DA MATURIDADE ÓSSEA DA CRIANÇA (ESTÁGIO DE CRESCIMENTO ÓSSEO).	A
86000578	REGULADOR DE FUNÇÃO DE FRANKEL	APARELHO MÓVEL INDICADO EM PACIENTES JOVENS PARA EQUILIBRAR O CRESCIMENTO ENTRE A MAXILA E A MANDÍBULA.	A
00042603	REMOÇÃO DE APARELHO FIXO (POLIMENTO INCLUSO)	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA REMOVER O APARELHO ORTODÔNTICO NO INÍCIO DE UM NOVO TRATAMENTO E NO FINAL DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO. O PROCEDIMENTO INCLUI A LIMPEZA E O POLIMENTO CORONÁRIO (PROFILAXIA).	A
86000586	SIMÕES NETWORK	APARELHO ORTOPÉDICO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
81000456	SLIDE	DISPOSITIVO QUE PROJETA QUADROS COM IMAGEM DO DENTE.	A
86000594	SPLINTER	APARELHO ORTODÔNTICO PARA CORREÇÃO DA MORDIDA.	A
82001502	TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA	CIRURGIA PARA INSTALAÇÃO DE UM COMPONENTE NO DENTE PARA PUXAR O DENTE INTRAÓSSEO, O QUAL SERÁ MOVIMENTADO DURANTE O TRATAMENTO ORTODÔNTICO.	A

LASERTERAPIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85100250	APLICAÇÃO DE LASER TERAPÊUTICO	PROCEDIMENTO DE APLICAÇÃO DE LASER DE BAIXA POTÊNCIA COM A FINALIDADE DE ALÍVIO DA DOR, DIMINUIÇÃO DE INCHAÇOS E REPARAÇÃO TECIDUAL APÓS CIRURGIA. A CORRETA INDICAÇÃO É FEITA PELO DENTISTA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

IMPLANTODONTIA

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85500011	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE	COROA NÃO DEFINITIVA SOBRE IMPLANTE, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO, ANTES DA INSTALAÇÃO DA COROA DEFINITIVA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85500020	COROA PROVISÓRIA SOBRE IMPLANTE COM CARGA IMEDIATA	COROA NÃO DEFINITIVA SOBRE IMPLANTE, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO, LOGO APÓS A INSTALAÇÃO DO COMPONENTE INTRAÓSSEO DO IMPLANTE (SUBSTITUI A RAIZ DO DENTE). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400122	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE – CERÂMICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM CERÂMICA (DA COR DO DENTE), SOBRE UM PINO ÓSSEO IMPLANTADO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85400130	COROA TOTAL LIVRE DE METAL (METALFREE) SOBRE IMPLANTE – CERÔMERO	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM RESINA (DA COR DO DENTE), SOBRE UM PINO ÓSSEO IMPLANTADO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO, ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85500038	COROA TOTAL METALOCERÂMICA SOBRE IMPLANTE	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E CERÂMICA POR CIMA (DA COR DO DENTE), SOBRE UM PINO ÓSSEO IMPLANTADO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85500046	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – CERÔMERO	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E RESINA POR CIMA (DA COR DO DENTE), SOBRE UM PINO ÓSSEO IMPLANTADO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

IMPLANTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85500054	COROA TOTAL METALOPLÁSTICA SOBRE IMPLANTE – RESINA ACRÍLICA	COROA QUE REABILITA UM DENTE, CONFECCIONADA EM METAL E RESINA POR CIMA (DA COR DO DENTE), SOBRE UM PINO ÓSSEO IMPLANTADO. O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85500062	GUIA CIRÚRGICO PARA IMPLANTE	GUIA EM ACRÍLICO OU OUTRO MATERIAL CONFECCIONADO PARA O CORRETO POSICIONAMENTO E FIXAÇÃO CIRÚRGICA DO IMPLANTE.	A
82000980	IMPLANTE ÓSSEO INTEGRADO	ESTRUTURA DE METAL POSICIONADA NO OSSO, ABAIXO DA GENGIVA, COM O OBJETIVO DE SUBSTITUIR AS RAÍZES DOS DENTES.	A
85500089	MANUTENÇÃO DE PRÓTESE SOBRE IMPLANTES	CONSULTA DO IMPLANTODONTISTA PARA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO REABILITADOR POR MEIO DE IMPLANTES.	A
85500097	<i>OVERDENTURE</i> BARRA CLIPE OU <i>ORING</i> SOBRE DOIS IMPLANTES	PRÓTESE DENTÁRIA (DENTADURA) QUE É CONFECCIONADA SOBRE UMA BARRA CLIPE FIXADA SOBRE OS IMPLANTES (SISTEMA DE ENCAIXE).	A
85500100	<i>OVERDENTURE</i> BARRA CLIPE OU <i>ORING</i> SOBRE QUATRO OU MAIS IMPLANTES	PRÓTESE DENTÁRIA (DENTADURA) QUE É CONFECCIONADA SOBRE UMA BARRA CLIPE FIXADA DA SOBRE OS IMPLANTES (SISTEMA DE ENCAIXE).	A
85500127	PRÓTESE PARCIAL FIXA IMPLANTOSSUPPORTADA	PROCEDIMENTO REALIZADO PARA A SUBSTITUIÇÃO DE DOIS OU MAIS DENTES PERDIDOS POR DENTES ARTIFICIAIS SOBRE IMPLANTES, PARA DEVOLVER A FUNÇÃO MASTIGATÓRIA. O PROCEDIMENTO ENVOLVE OBTENÇÃO DE MOLDES EM CONSULTÓRIO E ETAPAS EM LABORATÓRIO E É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES.	A
85500135	PRÓTESE PARCIAL FIXA PROVISÓRIA EM CARGA IMEDIATA	PRÓTESE PROVISÓRIA DE 3 OU MAIS ELEMENTOS NÃO DEFINITIVA SOBRE IMPLANTE, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO, LOGO APÓS A INSTALAÇÃO DO COMPONENTE DO IMPLANTE (SUBSTITUI A RAIZ DO DENTE). O PROCEDIMENTO ENVOLVE ATIVIDADES DO DENTISTA E DE LABORATÓRIO. ASSIM É FEITO EM VÁRIAS SESSÕES, FIXADA COM MATERIAL ADESIVO PROVISÓRIO (BAIXA DURABILIDADE).	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

IMPLANTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
85500143	PROTOCOLO DE BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 4 IMPLANTES – PARTE PROTÉTICA	DENTADURA FIXADA EM 4 IMPLANTES. FASE LABORATORIAL.	A
85500151	PROTOCOLO DE BRANEMARK EM CARGA IMEDIATA PARA 5 IMPLANTES – PARTE PROTÉTICA	DENTADURA FIXADA EM 5 IMPLANTES. FASE LABORATORIAL.	A
85500160	PROTOCOLO DE BRANEMARK PARA 4 IMPLANTES	DENTADURA FIXADA EM 4 IMPLANTES.	A
85500178	PROTOCOLO DE BRANEMARK PARA 5 IMPLANTES	DENTADURA FIXADA EM 5 IMPLANTES.	A
85500186	PROTOCOLO DE BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 4 IMPLANTES	DENTADURA PROVISÓRIA FIXADA EM 4 IMPLANTES, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A CONFEÇÃO DA DENTADURA DEFINITIVA.	A
85500194	PROTOCOLO DE BRANEMARK PROVISÓRIO PARA 5 IMPLANTES	DENTADURA PROVISÓRIA FIXADA EM 5 IMPLANTES, UTILIZADA DURANTE O TRATAMENTO ATÉ A CONFEÇÃO DA DENTADURA DEFINITIVA.	A
81000413	RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA) COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL QUE MOSTRA UMA VISÃO GERAL DOS DENTES E DAS ESTRUTURAS DE SUPORTE.	A
82001138	REABERTURA – COLOCAÇÃO DE CICATRIZADOR	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DO TRATAMENTO DE IMPLANTE PARA EXPOSIÇÃO DA CABEÇA DO IMPLANTE E INSTALAÇÃO DE UM COMPONENTE.	A
82001324	REMOÇÃO DE IMPLANTE DENTÁRIO NÃO ÓSSEO INTEGRADO	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA A REMOÇÃO DO IMPLANTE DENTÁRIO (ESTRUTURA METÁLICA).	A
81000510	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM (HEMIARCADA)	TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA.	A

**CONTRATO DE COBERTURA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
PESSOA JURÍDICA PREMIUM PME DENTAL 5**

IMPLANTODONTIA (continuação)

CÓD. PROCED.	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	COBERTURA BÁSICA (B) ADICIONAL (A)
00000389	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM (2 ARCOS)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.	A
00000078	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM (ARCADA)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.	A
00081795	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR FEIXE CÔNICO – CONE BEAM (SEXTANTE)	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.	A
81000529	TOMOGRAFIA CONVENCIONAL LINEAR OU MULTIDIRECIONAL	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.	A
85500224	TRATAMENTO DE PERI-IMPLANTITE POR IMPLANTE	TRATAMENTO DE INFLAMAÇÃO/INFECÇÃO NA REGIÃO PRÓXIMA AO IMPLANTE INSTALADO.	A