

**CONTRATO COLETIVO
POR ADESÃO**

DENTSIM 20
ADESÃO

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde.

10.1.1. Será garantido os procedimentos do rol ampliado abaixo listados:

| ROL AMPLIADO-PROCEDIMENTOS GARANTIDOS |
|--|
| ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO/PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM ODONTOLOGIA |
| ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL |
| AJUSTE OCLUSAL POR ACRÉSCIMO |
| AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELETIVO |
| ALVEOLOPLASTIA |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| AMPUTAÇÃO RADICULAR SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| APICETOMIA BIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| APICETOMIA BIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| APICETOMIA MULTIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| APICETOMIA UNIRRADICULARES COM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| APICETOMIA UNIRRADICULARES SEM OBTURAÇÃO RETRÓGRADA |
| APLICAÇÃO DE CARIOSTÁTICO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| APLICAÇÃO DE SELANTE – TÉCNICA INVASIVA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| APLICAÇÃO DE SELANTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR |
| APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ FLUORETADO |
| APROFUNDAMENTO/AUMENTO DE VESTÍBULO |
| ATIVIDADE EDUCATIVA EM ODONTOLOGIA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS |
| ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAÚDE BUCAL |
| ATIVIDADE EDUCATIVA PARA PAIS E/OU CUIDADORES |
| AUMENTO DE COROA CLÍNICA |
| BIÓPSIA DE BOCA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| BIÓPSIA DE GLÂNDULA SALIVAR (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| BIÓPSIA DE LÁBIO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| BIÓPSIA DE LÍNGUA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| BIÓPSIA DE MANDÍBULA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| BIÓPSIA DE MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| BRIDECTOMIA |
| BRIDOTOMIA |
| CAPEAMENTO PULPAR DIRETO EXCLUINDO RESTAURAÇÃO FINAL |
| CIRURGIA ODONTOLÓGICA A RETALHO |
| CIRURGIA ODONTOLÓGICA COM APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS |
| CIRURGIA PARA EXOSTOSE MAXILAR |
| CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR BILATERAL |
| CIRURGIA PARA TORUS MANDIBULAR UNILATERAL |
| CIRURGIA PARA TORUS PALATINO |
| CIRURGIA PERIODONTAL A RETALHO |
| CLAREAMENTO DE DENTE DESVITALIZADO |
| COLAGEM DE FRAGMENTOS DENTÁRIOS |
| COLETA DE RASPADO EM LESÕES OU SÍTIOS ESPECÍFICOS DA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS |

| |
|--|
| CONSULTA ODONTOLÓGICA |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA EM CONSULTÓRIO |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA-12 HORAS (PRONTO-SOCORRO) |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA DE URGÊNCIA-24 HORAS (PRONTO-SOCORRO 24 H) |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL |
| CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA AVALIAÇÃO TÉCNICA DE AUDITORIA |
| CONTROLE DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) |
| CONTROLE DE CÁRIE INCIPIENTE |
| CONTROLE DE HEMORRAGIA COM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL |
| CONTROLE DE HEMORRAGIA SEM APLICAÇÃO DE AGENTE HEMOSTÁTICO EM REGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL |
| CUNHA PROXIMAL |
| CURATIVO DE DEMORA EM ENDODONTIA |
| CURATIVO ENDODÔNTICO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA |
| DESSENSIBILIZAÇÃO DENTÁRIA |
| DESSENSIBILIZAÇÃO DENTINÁRIA |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM CITOLOGIA ESFOLIATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM MATERIAL DE BIÓPSIA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PEÇA CIRÚRGICA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EM PUNÇÃO NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE HERPÉTICA |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE ESTOMATITE POR CANDIDOSE |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE HALITOSE |
| DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE XEROSTOMIA |
| DIAGNÓSTICO POR MEIO DE ENCERAMENTO |
| ENXERTO COM OSSO LIOFILIZADO (NÃO INCLUI MATERIAL SINTÉTICO) |
| ENXERTO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL |
| ENXERTO GENGIVAL LIVRE |
| ENXERTO PEDICULADO |
| ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA |
| ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE POR MEIO DE CONTENÇÃO FÍSICA E/OU MECÂNICA EM PACIENTES PNE |
| EXÉRESE DE LIPOMA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| EXÉRESE DE PEQUENOS CISTOS DE MANDÍBULA/MAXILA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE CÁLCULO SALIVAR |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE MUCOCELE |
| EXÉRESE OU EXCISÃO DE RÂNULA |
| EXODONTIA A RETALHO |
| EXODONTIA DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS SUPRANUMERÁRIOS |
| EXODONTIA DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS SUPRANUMERÁRIOS |
| EXODONTIA DE PERMANENTE POR INDICAÇÃO ORTODÔNTICA/PROTÉTICA |
| EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL |
| EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO |
| EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE |
| FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL |
| FRENOTOMIA/FRENULOTOMIA LABIAL |
| FRENULECTOMIA LABIAL |
| FRENULECTOMIA LINGUAL |
| FRENULOTOMIA LINGUAL |
| GENGIVECTOMIA |
| GENGIVECTOMIA POR ELEMENTO |

| |
|--|
| GENGIVOPLASTIA |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES DECÍDUOS |
| IMOBILIZAÇÃO DENTÁRIA EM DENTES PERMANENTES |
| INCISÃO E DRENAGEM EXTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL |
| INCISÃO E DRENAGEM INTRA-ORAL DE ABSCESSO, HEMATOMA E/OU FLEGMÃO DA REGIÃO BUCO-MAXILOFACIAL |
| LEVANTAMENTO RADIOGRÁFICO (EXAME RADIODÔNTICO/PERIAPICAL COMPLETO) |
| MANTENEDOR DE ESPAÇO FIXO |
| MANTENEDOR DE ESPAÇO REMOVÍVEL |
| MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS ODONTOLÓGICOS |
| NÚCLEO DE FIBRA DE VIDRO OU FIBRA DE CARBONO MAIS PREENCHIMENTO |
| NÚCLEO DE PREENCHIMENTO |
| ODONTO-SECÇÃO |
| PREPARO PARA NÚCLEO INTRARRADICULAR |
| PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO |
| PROVISÓRIO PARA RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF-COMDIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| PULPECTOMIA |
| PULPOTOMIA |
| PULPOTOMIA EM DENTE DECÍDUO |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL |
| PUNÇÃO ASPIRATIVA ORIENTADA POR IMAGEM NA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL |
| RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL BITE-WING |
| RADIOGRAFIA OCLUSAL |
| RADIOGRAFIA PANORÂMICA DE MANDÍBULA/MAXILA (ORTOPANTOMOGRÁFIA) |
| RADIOGRAFIA PERIAPICAL |
| RASPAGEM SUB-GENGIVAL E ALISAMENTO RADICULAR/CURETAGEM DE BOLSA PERIODONTAL |
| RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL E POLIMENTO CORONÁRIO |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO EM DENTE DECÍDUO |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE ACETATO EM DENTE PERMANENTE |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE AÇO EM DENTE DECÍDUO |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE AÇO EM DENTE PERMANENTE |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE POLICARBONATO EM DENTE DECÍDUO |
| REABILITAÇÃO COM COROA DE POLICARBONATO EM DENTE PERMANENTE |
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL DE CERÔMERO UNITÁRIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| REABILITAÇÃO COM COROA TOTAL METÁLICA UNITÁRIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| REABILITAÇÃO COM COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA SEM PINO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| REABILITAÇÃO COM NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| REABILITAÇÃO COM PINO PRÉ-FABRICADO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| REABILITAÇÃO COM RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA (RMF) UNITÁRIA (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| REABILITAÇÃO COROA UNITÁRIA PROVISÓRIA COM PINO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| RECIMENTAÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO |
| RECONSTRUÇÃO DE SULCO GENGIVO-LABIAL |
| REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA |
| REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DA ATM (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA ALVÉOLO DENTÁRIA |
| REEMBASAMENTO DE COROA PROVISÓRIA |
| REGENERAÇÃO TECIDUAL GUIADA RTG |
| REIMPLANTE DE DENTE AVULSIONADO COM CONTENÇÃO |
| REMINERALIZAÇÃO DENTÁRIA |
| REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO INTRACANAL |

| |
|---|
| REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO OU SUBMUCOSO DA REGIÃO BUCOMAXILO FACIAL |
| REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS |
| REMOÇÃO DE DENTES SEMI-INCLUSOS / IMPACTADOS |
| REMOÇÃO DE DRENO EXTRA-ORAL |
| REMOÇÃO DE DRENO INTRA-ORAL |
| REMOÇÃO DE MATERIAL OBTURADOR INTRACANAL PARA RETRATAMENTO ENDODÔNTICO |
| REMOÇÃO DE NÚCLEO INTRACANAL |
| REMOÇÃO DE ODONTOMA |
| REMOÇÃO DE PEÇA/TRABALHO PROTÉTICO |
| REMOÇÃO DOS FATORES DE RETENÇÃO DE BIOFILME DENTAL (PLACA BACTERIANA) |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 1F |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 2F |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 3F |
| RESTAURAÇÃO EM AMÁLGAMA 4F |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 1F |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 2F |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 3F |
| RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO DE VIDRO 4F |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1F |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2F |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3F |
| RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4F |
| RESTAURAÇÃO TEMPORÁRIA / TRATAMENTO EXPECTANTE |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO OROANTRAL OU ORONASAL DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES |
| RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES |
| SEPULTAMENTO RADICULAR |
| SUTURA DE FERIDA EM REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TESTE DE CAPACIDADE TAMPÃO DA SALIVA |
| TESTE DE CONTAGEM MICROBIOLÓGICA |
| TESTE DE FLUXO SALIVAR |
| TESTE DE PH SALIVAR (ACIDEZ SALIVAR) |
| TRACIONAMENTO CIRÚRGICO COM FINALIDADE ORTODÔNTICA |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO NASAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FÍSTULAS BUCO SINUSAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE BRIDAS CONSTRITIVAS DA REGIÃO BUCOMAXILOFACIAL |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HIPERPLASIAS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS ÓSSEOS/CARTILAGINOSOS NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES BENIGNOS ODONTOGÊNICOS SEM RECONSTRUÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES BENIGNOS DE TECIDOS MOLES NA REGIÃO BUCO-MAXILO-FACIAL (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM) |
| TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIODONTAL |
| TRATAMENTO DE ALVEOLITE |
| TRATAMENTO DE FLUOROSE – MICROABRASÃO |
| TRATAMENTO DE GENGIVITE NECROSANTE AGUDA – GNA |

| |
|---|
| TRATAMENTO DE ODONTALGIA AGUDA |
| TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO (RADICULAR/CÂMARA PULPAR) |
| TRATAMENTO DE PERICORONARITE |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES |
| TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR EM DENTES PERMANENTES |
| TRATAMENTO ODONTOL REGENERATIVO COM ENXERTO DE OSSO AUTÓGENO |
| TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM DENTE DECÍDUO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO EM DENTE PERMANENTE (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| TUNELIZAÇÃO (COM DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO) |
| ULECTOMIA |
| ULOTOMIA |
| |
| RADIOLOGIA PROCEDIMENTOS ADICIONAIS GARANTIDOS |
| DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA BÁSICA * |
| RADIOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR |
| RADIOGRAFIA DA ATM |
| RADIOGRAFIA POSTEROANTERIOR |
| TELERRADIOGRAFIA |
| TELERRADIOGRAFIA COM TRAÇADO CEFALOMÉTRICO |
| |
| * INCLUI: RAD. PANORÂMICA, 05 FOTOS, 02 RAD. PERIAPICAIS, 02 RAD. BITE WING, 01 CEFALOMÉTRICA COM TRAÇADO E MODELOS DE ESTUDO EM GESSO. |

10.2. A cobertura dos procedimentos listados nas cláusulas 10.1 ocorrerá, única e exclusivamente, na rede credenciada constante no Guia do Usuário, na área de abrangência do plano contratado e nos limites e condições ora pactuados.

10.3. De acordo com os padrões técnicos odontológicos aceitos, alguns procedimentos estão sujeitos a prazos mínimos de repetição. Estes procedimentos podem, no entanto, ser autorizados fora dos prazos, desde que haja necessidade imperiosa ou indicação técnica, constatada após auditoria realizada pelo Contratado.

10.4. Estarão cobertos pelo contrato os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, for necessária estrutura hospitalar para a realização dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento.

11. EXCLUSÕES DE COBERTURA

Estão expressamente excluídas das coberturas deste contrato, conforme disposto na Lei nº 9.656/98, e mesmo que em razão de acidente pessoal, as despesas decorrentes dos itens a seguir indicados. Esta cláusula prevalece sobre as demais.

- Todo e qualquer procedimento que necessite de internação hospitalar ou atendimento domiciliar, 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, listados no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento. Caracteriza-se o impe-