

1. OBJETIVO

- 1.1. Disponibilizar a prestação continuada de serviços odontológicos, sem limite financeiro, na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no Inciso I, artigo 1º da Lei nº 9.656/98, visando à Assistência Odontológica, através de rede credenciada, em âmbito Nacional.

2. SERVIÇOS PRESTADOS

- 2.1. Os serviços de assistência odontológica serão prestados, através de rede credenciada, em âmbito Nacional, observando-se a cobertura do plano que contém o rol mínimo da ANS, conforme abaixo:

Diagnóstico

- Auditoria final
- Auditoria inicial
- Condicionamento
- Emergência – 24 horas (de 20 as 08 h)
- Emergência diurna – horário normal (de 8 as 20 h)
- Exame clínico
- Exame histopatológico
- Exame periódico ou consulta de revisão

Radiologia

- Rx panorâmica
- Rx panorâmica com Traçado
- Rx panorâmica especial
- Rx periapical unitário
- Rx periapical unitário - Inicial

Prevenção

- Aplicação de selante - técnica invasiva.
- Aplicação de selante oclusal.
- Aplicação tópica de flúor – inclui profilaxia e polimento coronário.
- Orientação sobre câncer bucal, doença periodontal, cárie, higiene oral e escovação.
- Profilaxia oral / Evidenciação de placa dos 2 arcos
- Teste de fluxo salivar e ph de saliva e suscetibilidade à cárie.

Periodontia

- Aumento de coroa clínica
- Cirurgia a retalho (por hemi-arco)
- Cirurgia periodontal
- Curetagem Gengival (acima de 5 mm cir. campo aberto)
- Dessensibilização dentária (por elemento, máx. de 5 sessões)
- Enxerto livre de gengiva
- Gengivectomia por elemento
- Imobilização dentária por elemento (Esplintagem)
- Osteotomia/Osteoplastia (por hemi-arco)
- Proervação Pré e Pós Cirúrgica (por hemi-arco)
- Punção aspirativa com agulha fina
- Raspagem com ultrassom – por hemi-arco
- Raspagem supra gengival e polimento coronário / tratamento de gengivite – por hemi-arco
- Raspagem supra, sub gengival e polimento coronário/tratamento de gengivite - p/hemi-arco
- Sepultamento radicular

Prótese

- Coroa provisória unitária
- Coroa de acetato
- Coroa unitária de ceromero
- Coroa total metálica
- Restauração metálica Fundida - RMF

Dentística

- Colagem de Fragmentos
- Curativo em caso de hemorragia bucal /odontalgia aguda ou remoção de tecido cariado
- Desgaste seletivo ou ajuste oclusal – 2 arcadas
- Faceta em resina
- Núcleo de preenchimento em amálgama de prata
- Núcleo de preenchimento em resina
- Recolocação de restauração metálica fundida, núcleo e ou prótese fixa ou colagem
- Restauração à pino em amálgama
- Restauração amálgama de prata com 1 face
- Restauração amálgama de prata com 2 faces
- Restauração amálgama de prata com 3 faces
- Restauração amálgama de prata com 4 ou mais faces
- Restauração de ângulo
- Restauração de superfície radicular
- Restauração em compósito - até 2 faces

- Restauração em compósito - mais de 2 faces
- Restauração fotopolimerizável 1 face
- Restauração fotopolimerizável 2 faces
- Restauração fotopolimerizável 3 faces
- Restauração fotopolimerizável 4 faces
- Restauração fotopolimerizável com mais de 4 faces

Endodontia

- Capeamento direto – excluída a restauração final
- Pulpectomia
- Recolocação de restauração metálica fundida, núcleo e ou prótese fixa ou colagem
- Recromia de dentes desvitalizados - por elemento
- Remoção de obturação radicular
- Remoção de restauração metálica fundida, núcleo e/ou prótese fixa
- Retratamento de canal - 1 canal
- Retratamento de canal - 2 canais
- Retratamento de canal - 3 canais
- Retratamento de canal - 4 canais
- Tratamento de canal - 1 canal
- Tratamento de canal - 2 canais
- Tratamento de canal - 3 canais
- Tratamento de canal - 4 canais

Odontopediatria

- Aplicação de cariostático
- Condicionamento odontopediatria p/sessão
- Polimento coronário e evidenciação de placa e profilaxia
- Pulpotomia
- Remineralização de esmalte - 3 sessões por arcada – inclui aplicação de verniz de flúor.
- Tratamento de canal em dentes decíduos

Cirurgia Odontológica

- Alveoloplastia
- Apicetomia Birradicular
- Apicetomia Birradicular com obturação retrógrada
- Apicetomia com obturação retrógrada
- Apicetomia molares (por elemento)
- Apicetomia molares com obturação retrógrada (por elemento)

- Apicetomia sem obturação retrógrada
- Biópsia da cavidade bucal
- Cirurgia de cisto de desenvolvimento
- Cirurgia de osteoma e odontoma
- Cirurgia de tórus mandibular bilateral
- Cirurgia de tórus palatino
- Cirurgia de tórus unilateral
- Cirurgia para Correção de Tuberosidade
- Correção de bridas musculares
- Correção de hipertrofias
- Cunha Distal
- Curetagem Apical (cirurgia de granuloma e cisto)
- Enxerto Ósseo
- Excisão de rânula ou mucocele ou glândulas salivares
- Exodontia de decíduos
- Exodontia múltipla com alveoloplastia
- Exodontia raiz residual com retalho
- Exodontia simples
- Frenectomia labial
- Frenectomia lingual
- Gengivoplastia
- Incisão e drenagem de abscesso – extra oral
- Incisão e drenagem de abscesso - intra oral e periodontal
- Marsupialização de cisto
- Odonto secção
- Reconstrução de sulco gengivo labial
- Redução cruenta de fraturas alvéolo dentária
- Redução incruenta de fraturas alvéolo dentária
- Reimplante de dente avulsionado
- Remoção de corpo estranho seio maxilar
- Remoção de dentes retidos, inclusos, semi-inclusos ou impactados
- Remoção residual de dente decíduo
- Sulcoplastia por arcada
- Suturas de ferimentos na mucosa oral
- Tracionamento de dentes inclusos com finalidade Ortodôntica
- Tratamento de alveolite
- Ulotomia e/ou ulectomia

ORTODONTIA

- A cobertura na especialidade de Ortodontia é garantia no plano, e por ser caracterizada como extra rol de procedimentos é restrito, apenas, à cobertura dos custos de confecção dos aparelhos, se

realizados exclusivamente nos profissionais (ortodontistas) relacionados como credenciados no manual do usuário.

- Excluem-se ainda os custos de taxas mensais de manutenção e de documentação ortodôntica (radiografias e fotografias) necessária ao planejamento de à confecção dos aparelhos.
- A taxa de manutenção de aparelhos ortodônticos será paga mensalmente e diretamente ao profissional assistente, sendo que a primeira mensalidade deverá ser quitada na consulta que se realizar a moldagem e modelagem para confecção do aparelho.
- O valor desta taxa será no máximo igual a 50% (cinquenta por cento) do salário mínimo vigente na ocasião, e seu reajuste se dará de acordo com o reajuste do salário mínimo.
- Os aparelhos e acessórios importados, tipo: brackets de porcelana, arco extra bucal, máscaras faciais, entre outros, estão excluídos da cobertura do plano, de responsabilidade da prestadora de serviços.
- Será ainda de responsabilidade do usuário, o custo de confecção ou reparo de aparelhos ortodônticos quando da perda, extravio, má utilização, ou atos que danifiquem o aparelho original ou primeiro aparelho.
- A Prestadora de Serviços não corrobora, avaliza ou reconhece qualquer tipo de contrato proposto pelo profissional ao usuário ou titular do plano.

3. PROCEDIMENTOS PARA O ATENDIMENTO

3.1 O participante/ Segurado deverá ligar para a central de atendimento, fornecer as informações necessárias para sua identificação e solicitar a informação desejada.

3.2 O serviço de assistência odontológica está disponível de segunda a sexta-feira das 8h às 20h e aos sábados das 9h às 15h, para Regiões Metropolitanas ligue para: 21 2272-6200 e Demais Regiões ligue para: 4002-3272.

4. SERVIÇOS NÃO COBERTOS

4.1. Não haverá cobertura para os seguintes tipos de serviços odontológicos:

- a. Serviços que exijam internação hospitalar, atendimento domiciliar ou realizado sob o efeito de anestesia geral;
- b. Serviços e exames que não estejam especificamente descritos no presente instrumento;
- c. Implantes e transplantes;
- d. Serviços de próteses dentárias com ou sem utilização de metais preciosos;
- e. Serviços para correções exclusivamente estéticas de qualquer natureza
- f. Radiografia periapical total, perfil, articulação têmporo-mandibular.
- g. Próteses fixas, próteses móveis parciais ou totais, próteses adesivas, in lays e on lays,
- h. Custos de taxas de manutenção e exames documentais para Ortodontia ou de qualquer natureza;
- i. Clareamentos ou recromias de qualquer natureza;
- j. Cirurgias bucomaxilo faciais em regime de internação;
- k. Remoções de Usuários;

5. CARÊNCIA

5.1. O plano não prevê carência para qualquer procedimento incluso na cobertura do mesmo

6. REDE CREDENCIADA

6.1. Os serviços serão prestados através de rede credenciada, sempre respeitados os termos da cobertura e condições estabelecidas neste instrumento.

6.2. A lista de redes credenciadas poderá sofrer alterações sempre que necessário.

6.3. Consulte a lista completa no site: <http://www.capemisa.com.br>.

7. CUSTO DO SERVIÇO

7.1. O custo do serviço poderá sofrer reajuste a pedido da prestadora. Na ocorrência de alterações do valor a **CAPEMISA** passará a cobrar o novo valor acordado.

8. VIGÊNCIA

8.1. A assistência de odontológica vigorará enquanto estiver em vigor à apólice da qual faz parte o Segurado.