

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA MODALIDADE  
EMPRESARIAL COLETIVO POR ADESÃO**

**PLANO MASTER**

São **DEPENDENTES** do titular, para fins e efeitos do(s) plano(s) contratado(s):

- a) Seu cônjuge, ou companheiro assim reconhecido legalmente, ou quando tiverem filho(s) fruto da união de ambos, ou mediante justificação judicial de dependência econômica;
- b) Filhos solteiros e os indicados nos incisos II e III, artigo 5º do Código Civil (“Os loucos de todo gênero. Os surdos-mudos que no puderem exprimir a sua vontade”);
- c) Enteados solteiros do titular, desde que o cônjuge esteja inscrito como dependente;
- d) Menor sob guarda ou tutela judicial do titular.

São **AGREGADOS** do titular, para fins e efeitos do plano contratado:

- a) pais; sogros; irmãos; netos; e, sobrinhos.

A **EXCLUSÃO** de usuário só será admitida depois de decorrido o prazo de vigência mínima obrigatória e tolerada nos casos de demissão/desligamento, comprovadamente, do empregado/associado participante, respeitado o direito de continuidade nos prazos definidos na lei.

**CLÁUSULA X – DOS SERVIÇOS COM COBERTURA CONTRATUAL**

Compreendem os procedimentos a que os usuários têm direito ao atendimento:

**COBERTURA CONTRATUAL**

**Consulta Inicial (exame clínico / orçamento)/ Urgência Endodôntica / Independente de Seqüência do Tratamento**

**Emergência (Noturno/Sábado/Domingo e Feriado)/ Perícia Inicial e Final**

**URGÊNCIA/EMERGÊNCIA**

**Curativo em caso de Hemorragia Bucal/ Imobilização Dentária Temporária**

**Curativo em caso de Odontalgia Aguda/Pulpectomia/ Recimentação de Peça Protética**

**Tratamento Alveolite/ Colagem de Fragmentos/ Reimplante de Dente Avulsionado**

**Incisão e Drenagem de Abscesso Intra / Extra Oral/ Exodontia de Dente Decíduo**

**Exodontia de Dente Permanente/ Exodontia de Raiz Residual**

**Sutura Simples de Face**

**PREVENÇÃO**

**Profilaxia (Polimento Coronário 4 Hemiarco)/ Orientação de Higiene Bucal**

**Aplicação Tópica de Flúor (Excluindo Profilaxia)**

**Controle de Placa Bacteriana (por sessão)/ Aplicação de Selante em Dentes Permanentes até 02 (dois) anos após sua Erupção.**

**ODONTOPEDIATRIA**

**Aplicação Tópica de Flúor/ Ulotomia**

**Capeamento Pulpar em Decíduos / excluindo Restauração Final / Ulectomia**

**Pulpotomia / Pulpectomia / Mumificação/ Exodontia de Decíduos**

**Trat. Endodôntico em Decíduos**

**DENTISTICA**

**Restauração de Amalgama / 1 face**

**Restauração de Amalgama / 2 faces**

**Restauração de Amalgama / 3 faces**

**Restauração de Amalgama / 4 faces**

**Restauração Resina Foto Dente Anterior 1 face**

**Restauração Resina Foto Dente Posterior 1 face**

**Restauração Resina Foto Dente Anterior 2 faces**

**Restauração Resina Foto Dente Posterior 2 faces**

**Restauração Resina Foto Dente Anterior / Ângulo 3 faces**

**Restauração Resina Foto Dente Posterior 3 ou + faces**

**Restauração de Superfície Radicular**

**Faceta em Resina Técnica Direta**

**ENDODONTIA**

**Tratamento/Retratamento Endodôntico de Incisivos e Caninos (1 conduto)**

**Tratamento/Retratamento Endodôntico de Pré-Molares (2 condutos)**

**Tratamento/Retratamento Endodôntico de Molares (3 ou + condutos)**

**Capreamento Pulpar / excluindo Restauração Final**

**Pulpotomia / Pulpectomia / Mumificação.**

**Tratamento de Dentes c/ Rizogenez Incompleta / Sessão**

**Urgência Endodôntica / Independente de Seqüência do Tratamento**

**PERIODONTIA**

**Raspagem, Alisamento e Polimento Coronário**

**Raspagem, Alisamento e Polimento Radicular**

**Curetagem de Bolsa Periodontal**

**Tratamento de Gengivite**

**Tratamento não Cirúrgico da Periodontite Leve**

**Tratamento não Cirúrgico da Periodontite Avançada**

**Dessensibilização Dentária (por segmento);**

**Controle de Placa Bacteriana por Sessão**

**Cirurgia para Aumento de Coroa Clínica/ Cunha Proximal**

**CIRURGIA**

**Exodontia de Dente Permanente**

**Exodontia + retalho**

**Exodontia Raiz Residual**

**Alveoloplastia p/ Segmento**

**Ulectomia**

**Ulotomia**

**Biopsia de Cavidade Bucal**

**Sulcoplastia por arcada**

**Cirurgia para Torus Palatino**

**Cirurgia para Torus Unilateral**

**Cirurgia para Torus Mandibular Bilateral**

**Apicectomia Uniradicular**

**Apicectomia Uniradicular c/ Obturação Retrograda**

**Apicectomia Biradicular**

**Apicectomia Biradicular c/ Obturação Retrograda**

**Apicectomia Triradicular**

**Apicectomia Triradicular c/ Obturação Retrograda**

**Frenectomia Labial Superior**

**Frenectomia Lingual**

**Correção de Bridas Musculares**

**Remoção de Dentes Inclusos ou Impactados**

**Remoção de Dentes Semi-incluso**

**Excisão de Ranula**

**Excisão de Mucocele**

**Suturas Simples de Face**

**Suturas Múltiplas de Face**

**Incisão de Drenagem de Abscesso**

**Reconstrução de Sulco Gengivo – Labial**

**Fratura Alvéolo /Dentarias /Redução Cruenta**

**Fratura Alvéolo /Dentarias /Redução Incruenta**

**Reimplante de Dente p/ Elemento c/ Imobilização**

**RADIOLOGIA**

**RX Periapical/ RX PANORÂMICA**

**RX Bite-wing (Interproximal)/ Rx Pósterio-Anterior**

**RX Oclusal**

## **CLÁUSULA XI - DO ATENDIMENTO EM CUSTO OPERACIONAL**

**Poderá o USUÁRIO fazer opção pela modalidade de Custo Operacional, para todo atendimento *não previsto* na Cláusula X – COBERTURA CONTRATUAL**

O USUÁRIO poderá usufruir do atendimento em Custo Operacional, mediante o pagamento de tais procedimentos, negociando diretamente com o cirurgião-dentista ou com a CONTRATANTE, tendo como referência a **Tabela de Prestação de Serviços Uniodontó Goiânia**.

Quando houver cancelamento, por qualquer motivo, de tratamento odontológico em Custo Operacional proposto e não realizado, o USUÁRIO terá direito à restituição do crédito, pelos valores pagos no dia da aprovação do orçamento, desde que a manifestação pelo ressarcimento seja pedida à **CONTRATADA**, por escrito, que restituirá mediante recibo do usuário.

## **CLÁUSULA XII – DOS SERVIÇOS SEM COBERTURA CONTRATUAL**

Este contrato **não dá cobertura** em:

- a) Despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar;
- b) Despesas com serviços odontológicos de qualquer natureza, executados em ambiente hospitalar;
- c) Despesas com honorários de anestesistas (profissional médico);
- d) Serviços realizados por não cooperados, salvo os casos de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA conforme descritos na Cláusula VII, item 7.1.2;
- e) RENOVAÇÃO DE RESTAURAÇÃO SEM INDICAÇÃO CLÍNICA (RA para RRC);
- f) TROCA DE RESTAURAÇÃO PARA FINS ESTÉTICOS (RA e/ou RRC para RRC).

**Os procedimentos abaixo relacionados com co-participação de 35%(trinta e cinco por cento): ( valor na tabela anexa)**

### **1. ODONTOPEDIATRIA**

Remineralização / Adequação do Meio Bucal  
Coroa de Aço / Mantenedor de Espaço  
Desgaste Proximal Indicação ortodontia Preventiva

### **DENTÍSTICA**

Núcleo de Preencimento em Ionômero de Vidro

### **ENDODONTIA**

Remoção de Núcleo Intrarradicular / Preparo p/núcleo Intrarradicular  
Rastreamento Fistular e Localização Topográfica Rx / Prosevação Endodontica c/rx

### **PERIODONTIA**

Imobilização dentária c/ resina fotopolimerizável / Remoção de Fatores de Retenção  
Enxerto Pediculado / Enxerto Livre  
Enxerto Sub-Epitelial

### **PRÓTESE DENTÁRIA**

Ajuste Oclusal / Restauração Metálica Fundida  
Remoção de Restauração Metálicas ou coroas  
Núcleo Metálico Fundido  
Coroa Provisória  
Reembasamento / Re-Preparo de Coroa Provisória

Quando da utilização dos procedimentos supra relacionados no **item 1**, o usuário pagará uma co-participação de 35% (trinta e cinco por cento) que será calculado com base na Tabela de Prestação de Serviços da Uniodontó Goiânia(tabela na Adufg).

Obs: mensalidade R\$ 25,10 - Taxa segunda via – R\$ 5,00

## últimas notícias

### Comunicado ao beneficiário

Publicado em : 24/01/2014



24 de janeiro de 2014

# ! COMUNICADO AO BENEFICIÁRIO



**Conforme atualização pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, ficam acrescentados ao contrato os quatro novos procedimentos ao rol, de acordo com a RN N° 338, de 21 de outubro de 2013.**

Procedimento	Tradução
ENXERTO GENGIVAL LIVRE	transferência de tecido gengival de uma área para outra da boca
ENXERTO PEDICULADO	transferência de tecido gengival de uma área para outra da boca, mantendo uma parte ligada à localização original
TUNELIZAÇÃO	cirurgia de gengiva destinada a facilitar a higienização dentária
TESTE PH DA SALIVA	teste de identificação da acidez da saliva