

## TERMO DE REFERÊNCIA PLANO ODONTOLÓGICO

I - Modalidade de Contratação do Plano de Assistência odontológica Coletivo Empresarial, com cobertura integral em Pré-Pagamento, isto é, o beneficiário não pagará nenhum valor adicional quanto a utilização dos procedimentos cobertos, abaixo descritos;

II – Coberturas e Procedimentos Garantidos: A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos, conforme Rol de Procedimentos vigente, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e suas atualizações, conforme segue:

### URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

▪ Colagem de Fragmentos Dentários ▪ Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático ▪ Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou ▪ Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial ▪ Imobilização Dentária ▪ Recimentação de Peça/Trabalho Protético ▪ Redução de Luxação da Atm ▪ Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção ▪ Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial ▪ Tratamento de Abscesso Periodontal ▪ Tratamento de Alveolite ▪ Tratamento de Odontalgia Aguda

### DIAGNÓSTICO

▪ Consulta Odontológica Inicial ▪ Teste PH da Saliva

### CONDICIONAMENTO

▪ Condicionamento em Odontologia

### EXAMES

▪ Procedimento Diagnóstico Anatomopatológico (em Peça Cirúrgica, Material ▪ de Punção/Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Bucomaxilo-Facial) - Teste de Fluxo Saliva

### RADIOLOGIA

- Radiografia Interproximal (Bite-Wing) ▪ Radiografia Oclusal ▪ Radiografia Panorâmica de Mandíbula/Maxila (Ortopantomografia) ▪ Radiografia Periapical

## **PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL**

- Aplicação de Selante ▪ Aplicação Tópica de Flúor ▪ Atividade Educativa em Saúde Bucal ▪ Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana) ▪ Dessensibilização Dentária ▪ Profilaxia - Polimento Coronário ▪ Remineralização Dentária

## **DENTÍSTICA**

- Adequação do Meio Bucal ▪ Ajuste Oclusal ▪ Aplicação de Cariostático ▪ Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável ▪ Núcleo de Preenchimento ▪ Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana) ▪ Restauração em Amálgama ▪ Restauração em Ionômero de Vidro ▪ Restauração em Resina Fotopolimerizável ▪ Restauração Temporária / Tratamento Expectante ▪ Tratamento Restaurador Atraumático

## **PERIODONTIA**

- Aumento de Coroa Clínica ▪ Cirurgia Periodontal a Retalho ▪ Cunha Proximal ▪ Enxerto Gengival Livre ▪ Enxerto Pediculado ▪ Gengivectomia/Gengivoplastia ▪ Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa ▪ Periodontal Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário ▪ Tunelização

## **ENDODONTIA**

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final ▪ Pulpotomia ▪ Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal ▪ Remoção de Núcleo Intra-Canal ▪ Remoção de Peça/Trabalho Protético ▪ Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar) ▪ Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta ▪ Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos ▪ Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes ▪ Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

## **CIRURGIA**

- Alveoloplastia ▪ Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada ▪ Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada ▪ Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo ▪ Biópsia de Boca ▪ Biópsia de Glândula Salivar ▪ Biópsia de Lábio ▪ Biópsia

de Língua ▪ Biópsia de Mandíbula/Maxila ▪ Bridectomia/Bridotomia ▪ Cirurgia para Tórus/Exostose ▪ Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila ▪ Exérese ou Excisão de Mucocele, Rânula ou Cálculo Salivar ▪ Exodontia a Retalho ▪ Exodontia de Raiz Residual ▪ Exodontia Simples de Decíduo ▪ Exodontia Simples de Permanente ▪ Frenotomia/Frenectomia Labial ▪ Frenotomia/Frenectomia Lingual ▪ Odonto-Secção ▪ Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios ▪ Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial ▪ Redução de Fratura Alvéolo Dentária ▪ Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados) ▪ Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais ▪ Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles ▪ da Região Buco-Maxilo-Facial ▪ Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila ▪ Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem ▪ Reconstrução ▪ Ulectomia/Ulotomia

## **PRÓTESE**

▪ Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de RMF ▪ Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato ▪ Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética ▪ Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética ▪ Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a ▪ Peça Protética ▪ Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a ▪ Peça Protética.

### **III - Condições de admissão ao plano:**

• Podem ser inscritos como beneficiários titulares: os empregados, exceto os trabalhadores em período de experiência; os contratados por prazo determinado, estagiários e menores aprendizes; sócios da pessoa jurídica contratante; os administradores da pessoa jurídica contratante; os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante.

• Podem ser inscritos como beneficiários dependentes: as pessoas que façam parte do grupo familiar do beneficiário titular, assim entendidos: o cônjuge; o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial; os filhos; o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos; os netos e bisnetos; os irmãos; os pais, avós e bisavós;

# Credeq

Centro Estadual de Referência e Excelência em Dependência  
Química, Unidade Aparecida de Goiânia – Prof. Jamil Issy



os tios e os sobrinhos; os sogros; os genros e as noras; os cunhados; os padrastos/madrastas.

**Cleydson Lima**  
Gerente de Operações  
Credeq

**DIEGO SILVA NASCIMENTO DE OLIVEIRA**  
GERENTE ADMINISTRATIVO