

**COBERTURA
ODONTOLÓGICA**



**IPASVAL
SAÚDE**

Esta cobertura se refere aos procedimentos odontológicos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – Odontológico, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, vigente à época da realização do evento, para todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), visando o tratamento das doenças constantes na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), relacionadas à saúde bucal, desde que realizados em consultórios credenciados ou centros clínicos odontológicos da rede;

Procedimentos Garantidos (de acordo com o Rol de Procedimentos da RN nº 465/2021, suas alterações ou substituições, e com os Anexos I e II da RN nº 465/2021 – Rol de Procedimentos e Diretrizes de Utilização – DUT e respectivas alterações ou substituições):

1. Diagnóstico

Consulta inicial

1.2. Urgência/Emergência

Colagem de fragmentos

dentários Imobilização dentária

Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região

buco-maxilo-facial Recimentação de peça / trabalho protético

Reimplante de dente avulsionado com contenção

Sutura de ferida buco-maxilo-facial (*DUT)

Tratamento de alveolite

Tratamento de odontalgia aguda

1.3. Radiologia

Radiologia interproximal (bite-wing)

Radiologia oclusal

Radiologia periapical

Radiografia panorâmica de mandíbula / maxila (ortopantomografia)

1.4. Prevenção em Saúde Bucal

Aplicação tópica de flúor

Atividade educativa em saúde bucal

Controle de biofilme dental (placa bacteriana) Profilaxia: polimento coronário Remineralização dentária

Remoção de fatores de retenção de biofilme dental (placa bacteriana)

Teste de fluxo salivar

Teste de PH salivar

1.5. Odontopediatria

Adequação do meio bucal (*DUT)

Aplicação de selante (aplicação preventiva de resina) (*DUT) Condicionamento em odontologia (*DUT)

Exodontia simples de decíduo

Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato (*DUT)

1.6. Dentística

Ajuste oclusal

Aplicação de cariostático (*DUT)

Faceta direta em resina fotopolimerizável (*DPA)

Núcleo de preenchimento

Restauração em amálgama

Restauração em ionômero de vidro

Restauração em resina fotopolimerizável (*DPA)

1.7. Periodontia

Aprofundamento/aumento de vestibulo(*DPA)

Aumento de coroa clínica

Cunha distal / proximal (*DPA)

Cirurgia periodontal a retalho

Dessensibilização dentária

Enxerto gengival livre (*DPA)

Enxerto gengival pediculado (*DPA)

Gengivectomia / gengivoplastia (*DPA)

Odonto–secção

Raspagem sub–gengival e alisamento
radicular / curetagem de bolsa periodontal

Raspagem supra–gengival e polimento
coronário

Sepultamento radicular

Tratamento de abscesso periodontal

1.8. Endodontia

Capeamento pulpar direto – excluindo restauração final

Pulpotomia / pulpectomia

Remoção de corpo estranho intra–canal

Remoção de núcleo intra–canal

Remoção temporária / tratamento expectante

Retratamento endodôntico em dentes permanentes (*DPA)

Tratamento endodôntico em dentes permanentes

Tratamento endodôntico em dentes decíduos

Tratamento endodôntico em dente com rizogênese incompleta

Tratamento de perfuração (radicular / câmara pulpar)

1.9. Prótese

Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de restauração metálica fundida(RMF) (*DUT)

Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui a peça protética (*DUT)

Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui a peça protética (*DUT)

Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré-fabricado – inclui a peça protética (*DUT)

Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária – inclui a peça protética (*DUT)

Remoção de peça / trabalho protético

1.10. Cirurgia

Alveoloplastia

Apicectomia radicular com ou sem obturação retrógradaBiópsia de boca (*DUT)

Biópsia de lábio (*DUT)

Biópsia de língua (*DUT)

Biópsia de glândula salivar (*DUT)

Biópsia de mandíbula / maxila (*DUT)

Bridectomia / bridotomiaCirurgia para tórus / exostose

Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila (*DUT)

Exérese ou excisão de mucocele, rânula ou cálculo salivar

Exodontia a retalhoExodontia de raiz residual

Exodontia simples de permanente

Frenectomia / frenotomia labial

Frenectomia / frenotomia lingual

Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial

Procedimento diagnóstico anatomopatológico (em peça cirúrgica, material de punção / biópsia ecitologia esfoliativa da região buco-maxilo-facial

Redução cruenta de fratura alvéolo dentária

Redução incruenta de fratura alvéolo dentária

Redução de luxação da ATM (*DUT)

Remoção de dentes retidos (inclusos, semi-inclusos ou impactados) (*DPA)

Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais (*DUT)

Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos moles da região buco-maxilo-facial(*DUT)

Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasias de tecidos ósseos / cartilagosos na região buco-maxilo-facial (*DUT)

Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução (*DUT)

Tunelização (*DUT)

Ulectomia

Ulotomia

* **DUT: Diretriz de Utilização.** Execução de procedimento de acordo com diretrizes de utilização constantes do Anexo II da RN nº 465/2021 e análise prévia da Operadora;

* **DPA: Diretriz para Autorização.** Execução de procedimento sujeita análise de requisitos, finalidade e direcionamento conforme definidos pela DPA do procedimento.

Também estão cobertos os honorários e materiais odontológicos utilizados pelo cirurgião-dentista quando, por imperativo clínico, o procedimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, e desde que o procedimento esteja listado no Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento, à exceção dos procedimentos elencados na “das exclusões de cobertura”.

DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1. Entendem-se como casos de emergência, clínica ou cirúrgica, aqueles em que há necessidade de atuação odontológica para supressão da dor intensa ou contenção de processos hemorrágicos;

2.2. São procedimentos de urgência / emergência aqueles assim definidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS à época do evento. São eles:

2.2.1. Colagem de fragmentos dentários;

2.2.2. Imobilização dentária;

2.2.3. Incisão e drenagem (intra ou extra-oral) de abscesso, hematoma ou flegmão da região buco-maxilo-facial;

2.2.4. Recimentação de peça / trabalho protético;

2.2.5. Reimplante de dente avulsionado com contenção;

2.2.6. Sutura de ferida buco-maxilo-facial (*DUT);

2.2.7. Tratamento de alveolite;

2.2.8. Tratamento de odontalgia aguda.

2.3. O beneficiário terá direito aos procedimentos de emergência 24 (vinte e quatro) horas após o início da vigência de seu contrato.

DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

3.1. São excluídos da cobertura os procedimentos não previstos no Rol de Procedimentos Odontológicos vigentes à época do evento e os provenientes de:

3.1.1. Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;

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

3.1.3. Fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados;

3.2.4. Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;

3.1.5. Fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

3.1.6. Tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico/odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

3.1.7. Casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;

3.1.8. Consultas domiciliares;

3.1.9. Procedimentos não constantes do Rol de Procedimentos Odontológicos vigente à época do evento;

3.1.10. Procedimentos buco-maxilares constantes do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e suas despesas hospitalares, assim como próteses, órteses e acessórios ligados a tais procedimentos;

i) Também estão excluídas as despesas hospitalares relacionadas à anestesia, internação, centro cirúrgico e outras correlacionadas quando do atendimento a paciente especial, em ambiente hospitalar, para a realização de procedimento odontológico.

3.1.11. Despesas com internação hospitalar oriundas da realização de procedimentos odontológicos que, não fosse por imperativo clínico, seriam executados em consultório, bem como os exames complementares solicitados para este fim;

3.1.12. Procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos, materiais e peças relacionados à implantodontia;

3.1.13. Procedimentos relacionados à correção de malformação congênita.

DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

4.1. Para efeito de cobertura, não será considerado qualquer tipo de medicamento ou material de consumo de uso caseiro ou extra consultório;

4.2. Fica desde já acertado que o CONTRATANTE aceitará eventuais restrições técnicas detectadas pela CONTRATADA que alterem individualmente o grau de cobertura pactuado, não devendo a CONTRATADA pagar, reembolsar ou ressarcir procedimentos comprovadamente danosos ou inócuos a determinado beneficiário, mesmo feito por decisão do beneficiário e fazendo parte de seu plano de cobertura;

4.3. Procedimentos com DUT (Diretriz de Utilização) ou DPA (Diretriz para Autorização) estão sujeitos à aprovação prévia da CONTRATADA (autorização administrativa) ou à aprovação prévia por profissional por ela indicado (consulta de avaliação):

4.3.1. Adequação do Meio Bucal

Sujeita à autorização prévia quando como tratamento preliminar ao tratamento restaurador, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.2. Aplicação de Cariostático

Somente como tratamento provisório para dentes decíduos, visando interromper a atividade da cárie, devendo ser seguido de um tratamento restaurador e associado a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.3. Aplicação de Selante

Somente quando indicada como terapia para fóssulas e fissuras da face oclusal de dentes posteriores e face palatina de incisivos superiores hígidos recém–erupcionados, preenchendo pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente:

- Procedimento restaurador minimamente invasivo em dentes decíduos e permanentes;
- Procedimento preventivo em fóssulas e fissuras de dentes decíduos e permanentes.

4.3.4. Aprofundamento de Vestíbulo; Aumento de Vestíbulo; Cunha Distal; Cunha Proximal; Enxerto Gengival Livre; Enxerto Gengival Pediculado; Gengivectomia; Gengivoplastia

Somente quando for como procedimento de caráter curativo, sujeito à autorização prévia com envio de imagem digital (fotografia) e laudo pericial fornecido pelo cirurgião–dentista assistente, sendo vetado para finalidade exclusivamente estética.

4.3.5. Biópsia de Boca, de Glândula Salivar, de Lábio, de Língua e de Mandíbula/Maxila

Para a segmentação odontológica, somente quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.6. Condicionamento em Odontologia

Somente para beneficiários com comportamento não cooperativo/de difícil manejo, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.7. Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino / Provisório para Preparo de Restauração Metálica Fundida (RMF)

Somente quando for como procedimento de caráter provisório, em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

4.3.8. Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila

Para a segmentação odontológica, somente quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.9 Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável

Somente quando for como procedimento de caráter curativo, sujeito à autorização prévia com envio de imagem digital (fotografia) e laudo pericial fornecido pelo cirurgião–dentista assistente, sendo vetado em casos de pequenos desgastes da estrutura dentária, correções de tamanho e forma ou outras finalidades exclusivamente estéticas.

4.3.10. Reabilitação com Coroa de Acetato / Aço ou Policarbonato

Somente quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente:

- Dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto;
- Dentes permanentes em pacientes não cooperativos/de difícil manejo.

4.3.11. Reabilitação com Coroa Total Cerâmico Unitária – Inclui a Peça Protética

Somente para dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

4.3.12. Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária – Inclui a Peça Protética

Somente para dentes permanentes posteriores (pré–molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto nem Restauração Metálica Fundida, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

4.3.13. Reabilitação com Núcleo Metálico Fundido / Núcleo Pré-Fabricado – Inclui a Peça Protética

Somente para dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente, sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final.

4.3.14. Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária – Inclui a Peça Protética

Somente para dentes permanentes posteriores quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente e sujeita à autorização prévia, perícia inicial e final:

- Dentes com comprometimento de 3 (três) ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto;
- Dentes com comprometimento de cúspide funcional, independentemente do número de faces afetadas.

4.3.15. Redução de Luxação da ATM

Na segmentação odontológica, somente quando o procedimento for passível de realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.16. Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)

Somente quando o procedimento permitir a realização em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente. Demais casos estão sujeitos a análise prévia e autorização especial, mediante laudos, imagens e demais documentos comprobatórios solicitados pela CONTRATADA.

4.3.17. Restauração em Resina Fotopolimerizável

Somente quando for como procedimento de caráter curativo, sendo vetada em casos de substituição de restaurações em qualquer material, com finalidade exclusivamente estética.

4.3.18. Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

Procedimento passível de análise prévia, com a apresentação de elementos comprobatórios como laudo pericial e imagens, fornecidos pelo cirurgião–dentista assistente. Sujeito a direcionamento de rede credenciada.

4.3.19. Sutura de Ferida em Região Buco-Maxilo-Facial

Na segmentação odontológica, somente quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.20. Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução; Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Região Buco-Maxilo-Facial; Tratamento Cirúrgico de Fístulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais e Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles na Região Buco-Maxilo-Facial

Na segmentação odontológica, somente quando a extensão, localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

4.3.21. Tratamento Restaurador Atraumático

Somente quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios, conforme indicação do cirurgião dentista assistente:

- Tratamento temporário ou definitivo em dentes decíduos;
- Tratamento temporário em dentes permanentes.

4.3.22. Tunelização

Somente para dentes multirradiculares com raízes divergentes e Lesão de Furca Grau II Avançado ou III com ou sem tratamento endodôntico prévio, conforme indicação do cirurgião–dentista assistente.

DAS NORMAS DE ATENDIMENTO

5.1. Os beneficiários do plano serão atendidos por profissionais credenciados, em seus respectivos consultórios ou clínicas, com hora marcada e de acordo com a disponibilidade de horário, mediante apresentação do cartão de acesso (físico ou digital) fornecido pela CONTRATADA e um documento oficial de identificação pessoal com foto.