

PLANOS

Plano	Fator Moderador	Registro ANS
Plano Ouro Empresa	Com Co-Participação	461.921/10-8
Plano Ouro Empresa Premium	Sem Co-Participação	461.922/10-6

Taxa de Inclusão: R\$ 3,00 / pessoa

CO-PARTICIPAÇÃO

Para o **Plano Ouro Empresa** será cobrado **30%** sobre o valor da tabela da remuneração paga aos credenciados da DENTAL NORTE para cada serviço utilizado. A cobrança será realizada juntamente com a mensalidade, nos mês seguinte ao do envio das guias de serviço pelo dentista credenciado. Para maiores informações sobre os valores a serem cobrados, consultar a **Tabela de Co-Participação**.

COBERTURAS E CARÊNCIAS

COBERTURAS (Conforme Resolução Normativa 211 da ANS)	CARÊNCIAS (Conforme Resolução Normativa 195 da ANS)
	Empresa
	De 5 a 29 beneficiários
DIAGNÓSTICO: 1. Consulta inicial 2. Exame histopatológico	30 dias
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA: 1. Curativo e/ou sutura em caso de hemorragia bucal/labial 2. Curativo em caso de odontalgia aguda/pulpectomia/necrose 3. Imobilização dentária temporária 4. Recimentação de trabalho protético 5. Tratamento de alveolite 6. Colagem de fragmentos 7. Incisão e drenagem de abscesso extraoral 8. Incisão e drenagem de abscesso intraoral 9. Reimplante de dente avulsionado 10. Consulta de urgência/emergência	24 horas

COBERTURAS E CARÊNCIAS

COBERTURAS (Conforme Resolução Normativa 211 da ANS)	CARÊNCIAS (Conforme Resolução Normativa 195 da ANS)
	Empresa
	De 5 a 29 beneficiários
RADIOLOGIA: 1. Radiografia periapical 2. Radiografia bite-wing 3. Radiografia oclusal 4. Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	30 dias <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 60 dias
PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL: 1. Atividade Educativa 2. Evidenciação de placa bacteriana 3. Profilaxia - polimento coronário 4. Fluorterapia 5. Aplicação de selante 6. Teste de fluxo salivar	30 dias
DENTÍSTICA: 1. Aplicação de carióstático 2. Adequação do meio bucal 3. Restauração de 1 a 4 faces ou faceta direta 4. Restauração de superfície radicular 5. Núcleo de preenchimento 6. Ajuste oclusal	30 dias
ODONTOPEDIATRIA: 1. Condicionamento em odontologia por sessão 2. Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato	30 dias
PERIODONTIA: 1. Raspagem supra-gengival e polimento coronário 2. Raspagem sub-gengival e alisamento radicular/ curetagem de bolsa periodontal 3. Imobilização dentária temporária ou permanente 4. Gengivectomia/gengivoplastia 5. Aumento de Coroa Clínica 6. Cunha Distal 7. Cirurgia Periodontal a Retalho	30 dias

COBERTURAS E CARÊNCIAS

COBERTURAS (Conforme Resolução Normativa 211 da ANS)	CARÊNCIAS (Conforme Resolução Normativa 195 da ANS)
	Empresa
	De 5 a 29 beneficiários
ENDODONTIA: 1. Capeamento Pulpar pulpar direto-excluindo restauração final 2. Pulpotomia 3. Remoção de Núcleo Intrarradicular/corpo estranho 4. Tratamento endodôntico em dentes permanentes 5. Retratamento endodôntico em dentes permanentes 6. Tratamento endodôntico em dentes decíduos 7. Tratamento de dentes com rizogênese Incompleta 8. Tratamento de perfuração radicular	60 dias
PRÓTESE DENTÁRIA 1. Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para preparo de RMF (restauração metálica fundida) 2. Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética 3. Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética 4. Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética 5. Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética	90 dias
CIRURGIA: 1. Alveoloplastia 2. Apicectomia unirradicular, birradicular ou trirradicular, com ou sem obturação retrógrada 3. Biópsia 4. Cirurgia de tórus unilateral ou bilateral 5. Correção de bridas musculares 6. Excisão de Mucocele 7. Excisão de Rânula 8. Exodontia a Retalho 9. Exodontia raiz residual 10. Exodontia simples 11. Exodontia de decíduos 12. Redução cruenta (fratura alvéolo dentária) 13. Redução incruenta (fratura alvéolo dentária)	60 dias

COBERTURAS E CARÊNCIAS

COBERTURAS (Conforme Resolução Normativa 211 da ANS)	CARÊNCIAS (Conforme Resolução Normativa 195 da ANS)
	Empresa
	De 5 a 29 beneficiários
14. Frenectomia labial 15. Frenectomia lingual 16. Remoção de Dentes retidos (Inclusos ou Impactados) 17. Sulcoplastia 18. Ulectomia 19. Ulotomia 20. Hemissecção com ou sem amputação radicular 21. Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila 22. Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial 23. Redução de luxação da ATM 24. Tratam. cirúrgico de fistulas buco-nasais ou buco-sinusais 25. Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/ cartilagosos na mandíbula/maxila 26. Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila 27. Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução	60 dias

OUTRAS INFORMAÇÕES

1. **CANCELAMENTOS:** Caso o Contrato seja rescindido antes de 12 meses, por iniciativa do contratante, será cobrado o valor dos serviços utilizados, com base na Tabela de Remuneração praticada pela DENTAL NORTE, acrescido de 15% a título de taxa para cobertura de despesas administrativas, sem direito a reembolso das mensalidades pagas.
2. **PREÇOS:** Para consultar nossos preços entre em contato no 0800-644-4464
3. **REAJUSTES:**
 - a) **Reajuste Financeiro:** Os preços serão reajustados anualmente pela variação do IGPM/FGV nos 12 meses anteriores à data de aniversário do Contrato.
 - b) **Reajuste por Desequilíbrio:** Caso a sinistralidade (despesas assistenciais/receitas de mensalidades) supere 70% na média dos últimos 12 meses, os preços poderão sofrer reajuste técnico anual, visando manter o equilíbrio financeiro do Contrato.
4. **PREÇOS ESPECIAIS:** Para Contratantes em que os titulares aderentes correspondam a mais de **70%** dos funcionários/associados, poderá ser concedido desconto no valor das mensalidades e da taxa de inclusão.