Seu plano odontológico PRIME, sem palavras difíceis

Entenda, de um jeito simples, quais tratamentos aparecem na cobertura.

O que quer dizer “COBERTO”?

Quer dizer que o tratamento aparece na lista do plano PRIME. O dentista precisa avaliar seu caso. Antes de agendar, confirme as regras de atendimento com a operadora.

1. Consultas e dor de dente

Consulta com dentista: Para examinar seus dentes e descobrir problemas.

Urgência, inclusive 24 horas: Atendimento para situações que não podem esperar, como dor forte ou acidente.

Cuidados urgentes: Incluem controle de sangramento, tratamento de infecção, curativos e cuidados com dentes machucados.

2. Limpeza e prevenção

Limpeza dos dentes: Ajuda a retirar placa bacteriana e tártaro, conforme o procedimento indicado.

Flúor: Ajuda a proteger contra cáries.

Orientação de higiene: Aprenda a escovar os dentes e usar fio dental.

Selante: Uma proteção aplicada em alguns dentes para ajudar a evitar cáries.

3. Exames e raio-X

Raio-X dos dentes: Ajuda a encontrar problemas que não aparecem a olho nu.

Raio-X panorâmico: Mostra os dentes e uma parte maior da boca.

Outros exames: Exames de saliva e de materiais da boca, quando indicados.

4. Cáries e dentes quebrados

Restauração (obturação): Conserta dentes com cáries ou partes quebradas.

Restauração provisória: Um conserto temporário até a próxima etapa.

Faceta direta de resina: Esse procedimento específico aparece na cobertura. Isso não significa que toda estética dental esteja coberta.

5. Tratamento de canal

Canal: Trata a parte interna do dente quando há inflamação ou infecção.

Refazer canal: Também há cobertura para repetir o tratamento, quando necessário.

Cuidados relacionados: Curativos e outros procedimentos específicos, conforme avaliação.

6. Gengiva

Raspagem: Remove tártaro acumulado perto ou debaixo da gengiva.

Tratamentos de gengiva: Incluem cuidados para inflamação e algumas cirurgias gengivais.

7. Extração e cirurgias

Arrancar dente: Inclui extrações simples e algumas mais difíceis.

Tirar siso: A lista inclui remoção de dentes inclusos ou parcialmente inclusos.

Outras cirurgias: Incluem biópsias, retirada de alguns cistos e outros procedimentos previstos.

8. Tratamento para crianças

Dentes de leite: Há restauração, canal e extração, quando indicados.

Proteção: Inclui flúor, selantes e outros cuidados.

Necessidades especiais: Há procedimentos específicos para atendimento adaptado.

9. Coroas e reparos

Coroa provisória: Proteção temporária em situações previstas.

Pinos e suportes: Alguns reparos para reconstrução de dentes estão cobertos.

Coroa definitiva: A de cerômero é coberta apenas para dentes permanentes da frente; a metálica, apenas para dentes permanentes de trás. Não são todos os tipos de coroa.

Perguntas que muita gente faz

Posso fazer limpeza? Sim, consta na cobertura.

Cobre canal? Sim, inclusive alguns retratamentos.

Posso tirar o siso? A remoção de dentes inclusos ou parcialmente inclusos consta na lista. O dentista avalia o caso.

Cobre aparelho, clareamento ou implante? Esses procedimentos não aparecem na tabela fornecida. Não podemos afirmar que estejam cobertos.

Tudo é feito na primeira consulta? Não necessariamente. O dentista avalia e indica os próximos passos.

ATENÇÃO: a lista completa começa na próxima página

A seguir, você encontra o **documento original completo da Ômega Odonto**, com todos os procedimentos, nomes técnicos, códigos e informações de cobertura do plano PRIME. Use esta primeira parte para entender os tratamentos e consulte a tabela oficial para conferir os detalhes.

Este resumo não substitui o documento oficial. A tabela não informa carência, rede credenciada, autorizações ou regras de utilização. Confirme essas condições com a operadora antes do atendimento.

TABELA DE COBERTURA DO PLANO PRIME		498905248
ESPECIALIDADE / NOMENCLATURA DOS ATOS		PLANO
CÓDIGO	CONSULTA	PRIME
81000030	Consulta odontológica	COBERTO
81000049	Consulta odontológica de Urgência	COBERTO
81000057	Consulta odontológica de Urgência 24 hs	COBERTO
81000065	Consulta odontológica inicial	COBERTO
81000073	Consulta odontológica para avaliação técnica de auditoria	COBERTO
87000148	Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com necessidades especiais em odontologia	COBERTO
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		PRIME
82000468	Controle de hemorragia com aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	COBERTO
82000484	Controle de hemorragia sem aplicação de agente hemostático em região buco-maxilo-facial	COBERTO
85000787	Imobilização dentária em dentes decíduos	COBERTO
85300020	Imobilização dentária em dentes permanentes	COBERTO
85400467	Recimentação de trabalhos protéticos	COBERTO
82001650	Tratamento de Alveolite	COBERTO
85100048	Colagem de fragmentos dentários	COBERTO
82001022	Incisão e Drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região bucomaxilo-facial	COBERTO
82001308	Remoção de dreno extra-oral	COBERTO
82001030	Incisão e Drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial	COBERTO
82001316	Remoção de dreno intra-oral	COBERTO
85300063	Tratamento de abscesso periodontal agudo	COBERTO
82001251	Reimplante dentário com contenção	COBERTO
82001499	Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial	COBERTO
82001197	Redução simples de luxação de Articulação Têmporo-mandibular (ATM)	COBERTO
82001642	Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM	COBERTO
85200034	Pulpectomia	COBERTO
85200042	Pulpotomia	COBERTO
85200085	Restauração temporária / tratamento expectante	COBERTO
85300080	Tratamento de Pericoronarite	COBERTO
85200174	Curativo endodôntico em situação de urgência	COBERTO
85100013	Capeamento pulpar direto excluindo restauração final	COBERTO
RADIOLOGIA		PRIME

81000421	Radiografia periapical	COBERTO
81000294	Levantamento Radiográfico (Exame Radiodôntico)	COBERTO
81000375	Radiografia interproximal - *bite-wing*	COBERTO
81000383	Radiografia Oclusal	COBERTO
81000405	Radiografia panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia)	COBERTO
TESTES E EXAMES DE LABORATÓRIO		**PRIME**
84000244	Teste de fluxo salivar	COBERTO
84000252	Teste de PH salivar	COBERTO
81000111	Diagnóstico anatomopatológico em citologia esfoliativa na região buco-maxilo-facial	COBERTO
81000138	Diagnóstico anatomopatológico em material de biópsia na região buco-maxilo-facial	COBERTO
81000154	Diagnóstico anatomopatológico em peça cirúrgica na região buco-maxilo-facial	COBERTO
81000170	Diagnóstico anatomopatológico em punção na região bucomaxilo-facial	COBERTO
PREVENÇÃO / ORIENTAÇÃO DE HIGIENE BUCAL		**PRIME**
84000198	Profilaxia: polimento coronário	COBERTO
84000090	Aplicação tópica de flúor	COBERTO
84000163	Controle de biofilme (placa bacteriana)	COBERTO
85300055	Remoção de fatores de retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)	COBERTO
87000016	Atividade educativa em odontologia para pais e/ou cuidadores de pacientes com necessidades especiais	COBERTO
84000139	Atividade educativa em saúde bucal	COBERTO
87000024	Atividade educativa para pais e/ou cuidadores	COBERTO
ODONTOPEDIATRIA		**PRIME**
85100242	Adequação do meio bucal	COBERTO
84000112	Aplicação tópica de verniz fluoretado	COBERTO
84000074	Aplicação de selante de fóssulas e fissuras	COBERTO
84000058	Aplicação de selante - técnica invasiva	COBERTO
84000031	Aplicação de cariostático	COBERTO
84000201	Remineralização	COBERTO
85100137	Restauração em ionômero de vidro - 1 face	COBERTO
85100145	Restauração em ionômero de vidro - 2 faces	COBERTO
85100153	Restauração em ionômero de vidro - 3 faces	COBERTO
85100161	Restauração em ionômero de vidro - 4 faces	COBERTO
83000020	Coroa de acetato em dente decíduo	COBERTO
87000040	Coroa de acetato em dente permanente	COBERTO
83000046	Coroa de aço em dente decíduo	COBERTO
87000059	Coroa de aço em dente permanente	COBERTO
83000062	Coroa de policarbonato em dente decíduo	COBERTO
87000067	Coroa de policarbonato em dente permanente	COBERTO
83000127	Pulpotomia em dente decíduo	COBERTO
83000151	Tratamento endodôntico em dente decíduo	COBERTO
83000089	Exodontia simples de decíduo	COBERTO

81000014	Condicionamento em Odontologia	COBERTO
87000032	Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais	COBERTO
82000700	Estabilização de paciente por meio de contenção física ou mecânica	COBERTO
DENTÍSTICA		**PRIME**
85100099	Restauração de amálgama - 1 face	COBERTO
85100102	Restauração de amálgama - 2 faces	COBERTO
85100110	Restauração de amálgama - 3 faces	COBERTO
85100129	Restauração de amálgama - 4 faces	COBERTO
85100196	Restauração em resina fotopolimerizável 1 face	COBERTO
85100200	Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces	COBERTO
85100218	Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces	COBERTO
85100226	Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces	COBERTO
85100064	Faceta direta em resina fotopolimerizável	COBERTO
83000135	Restauração atraumatica em dente decíduo	COBERTO
85100080	Restauração atraumatica em dente permanente	COBERTO
ENDODONTIA		**PRIME**
85100056	Curativo de demora em endodontia	COBERTO
85200166	Tratamento endodôntico unirradicular	COBERTO
85200140	Tratamento endodôntico birradicular	COBERTO
85200158	Tratamento endodôntico multirradicular	COBERTO
85200115	Retratamento endodôntico unirradicular	COBERTO
85200093	Retratamento endodôntico birradicular	COBERTO
85200107	Retratamento endodôntico multirradicular	COBERTO
85200123	Tratamento de perfuração endodôntica	COBERTO
85200077	Remoção de núcleo intrarradicular	COBERTO
85400505	Remoção de trabalho protético	COBERTO
85200050	Remoção de corpo estranho intracanal	COBERTO
85200131	Tratamento endodôndico dente c/rizogênese Incompleta	COBERTO
PERIODONTIA		**PRIME**
85300047	Raspagem supra-gengival	COBERTO
85300039	Raspagem sub-gengival/alisamento radicular	COBERTO
85300012	Dessensibilização dentária	COBERTO
82000921	Gengivectomia	COBERTO
82000948	Gengivoplastia	COBERTO
82000212	Aumento de coroa clínica	COBERTO
82000417	Cirurgia periodontal a retalho	COBERTO
82000336	Cirurgia odontológica a retalho	COBERTO
82000557	Cunha proximal	COBERTO
82000689	Enxerto pediculado	COBERTO
82000662	Enxerto gengival livre	COBERTO
82001073	Odonto-secção	COBERTO
82000069	Amputação radicular sem obturação retrógrada	COBERTO
82000050	Amputação radicular com obturação retrógrada	COBERTO
82001685	Tunelização	COBERTO

85400025	Ajuste Oclusal por desgaste seletivo	COBERTO
85400017	Ajuste Oclusal por acréscimo	COBERTO
PRÓTESE		**PRIME**
85400556	Restauração metálica fundida	COBERTO
85400220	Núcleo metálico fundido	COBERTO
85200026	Preparo para núcleo intrarradicular	COBERTO
85400211	Núcleo de preenchimento	COBERTO
85400262	Pino pré fabricado	COBERTO
85400076	Coroa provisória com pino	COBERTO
85400084	Coroa provisória sem pino	COBERTO
85400114	Coroa total em cerômero – Coberto somente para dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos: Dentes 11, 12, 13, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 41, 42 e 43)	COBERTO
85400149	Coroa total metálica - Coberto somente para dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares: Dentes 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47 e 48)	COBERTO
85400475	Reembasamento de coroa provisória	COBERTO
CIRURGIA		**PRIME**
82000832	Exodontia de permanente por indicação ortodôntica/protética	COBERTO
82000875	Exodontia simples de permanente	COBERTO
82000816	Exodontia a retalho	COBERTO
82000859	Exodontia de raiz residual	COBERTO
82000034	Alveoloplastia	COBERTO
82001707	Ulectomia	COBERTO
82000255	Biópsia de lábio	COBERTO
82000239	Biópsia de boca	COBERTO
82000263	Biópsia de língua	COBERTO
82000247	Biópsia de glândula salivar	COBERTO
82000271	Biópsia de mandíbula	COBERTO
82000280	Biópsia de maxila	COBERTO
82001103	Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial	COBERTO
82000441	Coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buco-maxilo-facial	COBERTO
82000190	Aprofundamento/aumento de vestíbulo	COBERTO
82001154	Reconstrução de sulco gengivo-labial	COBERTO
82000395	Cirurgia para torus palatino	COBERTO
82000352	Cirurgia para exostose maxilar	COBERTO
82000387	Cirurgia para torus mandibular – unilateral	COBERTO
82000360	Cirurgia para torus mandibular – bilateral	COBERTO
82000182	Apicetomia unirradiculares sem obturação retrógrada	COBERTO
82000174	Apicetomia unirradiculares com obturação retrógrada	COBERTO
82000085	Apicetomia birradiculares sem obturação retrógrada	COBERTO
82000077	Apicetomia birradiculares com obturação retrógrada	COBERTO

82000166	Apicetomia multirradiculares sem obturação retrógrada	COBERTO
82000158	Apicetomia multirradiculares com obturação retrógrada	COBERTO
82000883	Frenulectomia labial	COBERTO
82000905	Frenulotomia labial	COBERTO
82000891	Frenulectomia lingual	COBERTO
82000913	Frenulotomia lingual	COBERTO
82000298	Bridectomia	COBERTO
82000301	Bridotomia	COBERTO
82001286	Remoção de dentes inclusos / impactados	COBERTO
82001294	Remoção de dentes semi-inclusos / impactados	COBERTO
82001391	Retirada de corpo estranho oroantral ou aronasal da região buco-maxilo-facil	COBERTO
82001634	Tratamento cirúgico para tumores odontogênicos benignos - Sem reconstrução	COBERTO
82001588	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilaginosos na região bucomaxilofacial	COBERTO
82001553	Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	COBERTO
82001596	Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilaginosos na região buco-maxilo-facial	COBERTO
82001618	Tratamento cirúrgico dos tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial	COBERTO
82000743	Exérese de lipoma na região buco-maxilo-facial	COBERTO
82001367	Remoção de Odontoma	COBERTO
82000786	Exérese ou excisão de cistos odontológicos	COBERTO
82001510	Tratamento cirúrgico das fístulas buco nasal	COBERTO
82001529	Tratamento cirúrgico das fístulas buco sinusal	COBERTO
82000808	Exérese ou excisão de ranula	COBERTO
82000794	Exérese ou excisão de mucocele	COBERTO
82000778	Exérese ou excisão de cálculo salivar	COBERTO
82001715	Ulotomia	COBERTO
82001170	Redução cruenta de fratura alvéolo dentária	COBERTO
82001189	Redução incruenta de fratura alvéolo dentária	COBERTO