

**TERMO DE COMPROMISSO DO ASSOCIADO PARA AUTORIZAÇÃO DE TRATAMENTO**

ORTOPÉDICO       ORTODÔNTICO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro que aceito e autorizo a instalação do aparelho indicado acima, pelo(a) Cirurgião(ã)-Dentista, Dr(a). \_\_\_\_\_, CRO Nº \_\_\_\_\_, do estado \_\_\_\_\_, **comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações do profissional e comunicar imediatamente ao Unafisco Saúde qualquer alteração no tratamento ou decisão de interrupção do tratamento realizado.**

Declaro, ainda, que tenho conhecimento de que as manutenções abonadas pelo Unafisco Saúde são remuneradas após a instalação do aparelho, uma vez por mês, independentemente do número de atendimentos realizados naquele mês, **até o limite de 24 manutenções de:**

APARELHO MÓVEL       APARELHO FIXO

O custo advindo da necessidade de uma prorrogação do tratamento **será integralmente pago por mim**, diretamente ao (à) Cirurgião(ã)-Dentista, salvo os casos indicados previamente pela Auditoria Odontológica, mediante avaliação técnica presencial.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSOCIADO RESPONSÁVEL LEGAL

\_\_\_\_\_  
BENEFICIÁRIO/ PACIENTE

\_\_\_\_\_  
PRESTADOR