

**TERMO DE COMPROMISSO DO ASSOCIADO PARA REEMBOLSO DE TRATAMENTO
ORTODÔNTICO COM APARELHO FIXO**

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, ter 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 FIXO.
- O valor a ser reembolsado corresponderá ao valor do Referencia De Honorários Odontológicos do Unafisco Saúde – RHOUS vigente
- O Reembolso ocorrerá mediante envio de nota fiscal contendo o nome do procedimento, a data em que foi realizado, o carimbo, assinatura e CRO do profissional executante/responsável.

OBS: Após o término do tratamento Ortodôntico Fixo, havendo necessidade de utilização do Aparelho Ortodôntico Móvel será necessário o envio de:

- 1- Relatório do dentista informando o resultado do tratamento fixo realizado e o plano de tratamento com a aparelho móvel.
- 2- Termo de compromisso do associado para reembolso de tratamento ortodôntico com aparelho móvel, o qual será disponibilizado pelo USAúde mediante envio do Relatório supracitado)

Local e data:

_____, ____ / ____ / ____.

ASSOCIADO RESPONSÁVEL LEGAL

BENEFICIÁRIO/ PACIENTE

DENTISTA