



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

Eu, _____, RG _____, declaro que aceito e autorizo a instalação do aparelho indicado acima, pelo(a) Cirurgião(ã)-Dentista, Dr(a). _____, CRO N° _____, 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.

O custo advindo da necessidade de uma prorrogação do tratamento será integralmente pago por mim, diretamente ao (à) Cirurgião(ã)-Dentista.

Local e data: _____, ___/___/_____.

ASSOCIADO RESPONSÁVEL LEGAL

BENEFICIÁRIO/PACIENTE

DENTISTA