

TERMO DE COMPROMISSO DO ASSOCIADO PARA PRORROGAÇÃO DE TRATAMENTO

ORTOPÉDICO ORTODÔNTICO

Eu, _____, RG _____, declaro que aceito e autorizo a prorrogação do Tratamento acima assinalado, indicado 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 a quantidade de manutenções extras prorrogadas pelo Unafisco Saúde **terá o limite de _____ manutenções de:**

APARELHO MÓVEL APARELHO FIXO

O custo advindo da necessidade de uma nova 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