

TERMO DE COMPROMISSO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Nome do (a) Paciente:	
Nome do (a) Beneficiário (a) Titular:	
Empresa:	
Carteirinha:	Idade:
Nome do(a) Credenciado / Dentista:	
CPF/CNPJ:	Data:

Prezado (a) Beneficiário (a),

Para sucesso do tratamento ortodôntico é importante conhecer e cumprir algumas regras estabelecidas pela Saúde Petrobras, as quais informamos abaixo:

- 1) Os tratamentos ortodônticos são considerados procedimentos de Pequeno Risco e a participação do (a) beneficiário (a), em todas as modalidades de atendimento, será de 50% do valor dos procedimentos, independentemente da classe de renda e faixa etária.
- 2) A Saúde Petrobras prevê três tipos de tratamentos ortodônticos/ortopédicos, cada qual com critérios de pagamento específicos, são eles: Tratamento Ortodôntico Tipo I, Tratamento Ortodôntico Tipo II, Tratamento Ortodôntico Parcial. São pagas 3 parcelas, para os Tratamento Ortodôntico Tipo I e Tratamento Ortodôntico Tipo II e 2 parcelas para Tratamento Ortodôntico Parcial.
- 3) Será admitida apenas uma **única** autorização de um mesmo tipo de tratamento ortodôntico/ortopédico para um (a) mesmo (a) beneficiário (a). Repetições de tratamento ortodôntico não estão previstas e serão analisadas pela Saúde Petrobras.
- 4) As manutenções mensais são partes integrantes dos tratamentos e visam dar cobertura a assistência mensal prestada ao (a) paciente, sendo obrigatório, um atendimento mensal.
- 5) São oferecidas aos beneficiários 18 manutenções de Tratamento Tipo I, 48 manutenções de Tratamento tipo II e 9 manutenções de Tratamento Parcial. Manutenções que excedam essas correspondentes quantidades, não terão participação financeira da Saúde Petrobras.
- 6) Caso haja desistência do tratamento ortodôntico por parte do (a) beneficiário (a), serão quitadas as manutenções autorizadas e efetivamente realizadas e não cobradas até então, bem como a(s) parcela(a) prevista(s) e pendente(s), o que impede de retomar o tratamento cancelado e obter autorização para novo tratamento do mesmo tipo. O (A) dentista deve realizar a remoção da aparatologia que eventualmente esteja ainda instalada.
- 7) O abandono de tratamento implicará cancelamento da participação financeira da Saúde Petrobras para o tratamento bem como desconto integral para o (a) beneficiário (a) do pagamento a ser feito ao (a) dentista relativo às **manutenções** autorizadas (e efetivamente realizadas e não cobradas até então) e de **parcela autorizada** (e não cobradas até então).
- 8) Considera-se abandono de tratamento 3 (três) meses consecutivos sem comparecimento ao consultório do (a) dentista, para consultas de manutenção.
- 9) Quando interrupções forem necessárias, deverão ser comunicadas à Companhia para avaliação quanto à possibilidade de autorização.
- 10) Quebras de aparelhos e ausências a consultas previamente marcadas deverão ser negociadas diretamente com o (a) dentista, sem participação da Saúde Petrobras e sem possibilidade de reembolso.
- 11) A definição dos materiais utilizados durante o tratamento fica a critério do (a) dentista em comum acordo com o (a) beneficiário (a). A cobertura abrange todos os recursos necessários para o tratamento (contenção, ancoragem, assessoramento em cirurgias ortognáticas).
- 12) Os tratamentos ortodônticos com a técnica de alinhadores não apresentam cobertura e não poderão ser solicitados por similaridade com os códigos de tratamentos disponibilizados pelo plano.

() **Ciente e de acordo com o exposto acima.**

() **Não concordo com o exposto e solicito cancelamento da autorização acima.**

_____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) beneficiário (a)/titular ou responsável

Assinatura do (a) Dentista