

TERMO DE ESCLARECIMENTO – IMPLANTODONTIA

Nome do Paciente:	
Nome do Beneficiário Titular:	
Empresa:	
Matrícula:	Cód Dependente:
Nome do Credenciado:	
CPF/CNPJ:	Data:

Informações sobre a cobertura da especialidade de Implantodontia pela AMS – Escolha Dirigida:

- 1) Poderá ser realizado 01(um) implante, por vida, para cada dente perdido, a qualquer tempo.
- 2) A participação do beneficiário será pela tabela de Pequeno Risco de acordo com a faixa salarial.
- 3) Não terão cobertura: Aumento de rebordo utilizando plasma rico em plaquetas (PRP); Enxerto conjuntivo subepitelial; Implante zigomático; Implantes agulhados; Implantes subperiosteos; Próteses do tipo cantilever; Realização de procedimentos de Implantodontia em domicílio; Regeneração tecidual guiada – RTG; Reposicionamento do nervo alveolar inferior; Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em Odontologia; Sedação medicamentosa ambulatorial em Odontologia; Trabalhos protéticos em ligas preciosas; União dente-implante; Realização de qualquer etapa do tratamento de implantodontia em regime hospitalar (preparo ósseo, instalação dos implantes e reabilitação com próteses sobre implante).
- 4) Mesmo com o emprego da mais rigorosa técnica cirúrgica, o procedimento de instalação dos implantes apresenta risco de falha.
- 5) Os cuidados prescritos pelo cirurgião-dentista após a realização do(s) procedimento(s) deverão ser criteriosamente seguidos pelo beneficiário.

Recebi orientações sobre a cobertura de Implantodontia pela AMS, estou ciente e de acordo.

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

_____ ; ____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário

titular ou responsável