

TERMO DE COMPROMISSO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

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

Prezado Beneficiário,

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

- 1) Os tratamentos ortodônticos são considerados procedimentos de Pequeno Risco e a participação do beneficiário, em ambas as modalidades de atendimento, será de 50% do valor dos procedimentos, independentemente da classe de renda e faixa etária.
- 2) A AMS 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, Tratamento Ortodôntico Tipo II, ao longo do tratamento e 2 parcelas para Tratamento Ortodôntico Parcial.
- 3) Será admitida apenas uma **única** autorização de um mesmo tipo de tratamento ortodôntico/ortopédico para um mesmo beneficiário. Havendo necessidade de repetir o mesmo tipo de tratamento, dependerá da análise da AMS.
- 4) As manutenções mensais são partes integrantes dos tratamentos e visam dar cobertura a assistência mensal prestada ao paciente, sendo obrigatório, no mínimo, 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 mais participação financeira da AMS.
- 6) Caso de desistência do tratamento ortodôntico por parte do beneficiário, serão quitadas 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.
- 7) Considera-se abandono de tratamento 3 (três) meses consecutivos sem comparecimento ao consultório do ortodontista, para consultas de manutenção.
- 8) O abandono de tratamento implicará cancelamento da participação financeira da Petrobras para o tratamento bem como desconto integral para o beneficiário do pagamento a ser feito ao prestador credenciado relativo às **manutenções** autorizadas (e efetivamente realizadas e não cobradas até então) e de **parcela autorizada** (e não cobradas até então).
- 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 credenciado, sem participação da AMS e sem possibilidade de reembolso.

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

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

_____ ; ____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário
titular ou responsável