

TERMO DE CIÊNCIA PARA TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Eu, _____ titular do plano odontológico, estou ciente das condições abaixo para realização de tratamento ortodôntico pelo(a) beneficiário(a) _____:

- o direito ao tratamento ortodôntico ocorrerá desde que haja necessidade e as condições bucais assim o permitam, mediante avaliação prévia do perito da Copass Saúde;
- a instalação do aparelho ortodôntico apenas por finalidade estética é vedada;
- a cobertura será de no máximo 30 manutenções, podendo ser prorrogada por mais 05, caso a necessidade seja constatada pelo perito da Copass Saúde;
- ao comparecer à perícia, será necessário apresentar toda a documentação ortodôntica (radiografias, relatórios, fotografias) solicitada previamente pelo dentista;
- será necessário comparecer a uma consulta ortodôntica (manutenção) por mês para acompanhamento e ajuste dos aparelhos, ou conforme indicação do ortodontista;
- será considerado abandono de tratamento o não comparecimento às consultas (manutenção ortodôntica) por 3 (três) vezes consecutivas ou mais. Nestes casos não haverá autorização de prorrogação e nem retratamento;
- em caso de desistência do tratamento, o beneficiário será submetido à perícia final para caracterizar a conclusão do tratamento e assinará um termo de consentimento e responsabilidade. Neste caso não será autorizado retratamento;
- a reposição de aparelho ortodôntico, em caso de perda ou quebra por responsabilidade do beneficiário, assim constatado pelo perito, não terá cobertura pela Copass Saúde;
- em casos de não colaboração do beneficiário frente ao tratamento, constatado pelo perito da Copass Saúde, não haverá autorização de prorrogação e nem retratamento;
- a qualquer momento poderá ser solicitada perícia de acompanhamento, com a finalidade de avaliar o desenvolvimento de tratamentos já autorizados;
- o beneficiário ou responsável deverá assinar os relatórios: início de tratamento, prorrogação e finalização, juntamente com o dentista;
- não haverá cobertura para retratamento ortodôntico motivado por abandono/desistência/não colaboração do tratamento anterior pelo beneficiário.

_____, _____, _____, de _____

(Local e data)