



TERMO DE CIÊNCIA

Este termo refere-se à concordância do beneficiário e/ou do seu responsável das condições do tratamento ortodôntico oferecido pelo PAS – UFMS descrito abaixo.

1. Serviços Cobertos:

- A Documentação Ortodôntica será coberta uma única vez por tratamento para planejamento e instalação do aparelho fixo e, caso novos exames por imagem sejam necessários ao longo do tratamento, a radiografia panorâmica será liberada mediante solicitação e justificativa detalhada.
- O aparelho ortodôntico fixo metálico convencional será fornecido pelo prestador credenciado sem custo ao PAS – UFMS e ao beneficiário.
- A Instalação de Aparelho Fixo Metálico será coberta uma única vez por tratamento, sendo obrigatória a realização de profilaxia e polimento coronário inclusos neste código antes da instalação do aparelho.
- O PAS - UFMS fornecerá a cobertura total de vinte e quatro manutenções por tratamento, sendo que cada manutenção deve ocorrer com o interstício mínimo de vinte e um dias.
- A Remoção de Aparelho Fixo Metálico será coberta uma única vez por tratamento, sendo obrigatória a realização de profilaxia e polimento coronário inclusos neste código após a remoção do aparelho.

2. Serviços Sem Cobertura:

- Os aparelhos fixos estéticos, autoligados, aparelhos removíveis, contenções, dispositivos intraorais e extraorais e demais aparelhos que não o fixo metálico convencional serão custeados integralmente pelo beneficiário.
- Tratamentos que ultrapassem as vinte e quatro manutenções cobertas serão custeados integralmente pelo beneficiário juntamente ao prestador credenciado, não possuindo o PAS – UFMS nenhuma responsabilidade de cobertura de qualquer exame de imagem para a continuação do tratamento a partir da vigésima quinta manutenção.
- Danos e reposições do aparelho ortodôntico por mau uso serão custeados pelo beneficiário sem ônus ao PAS – UFMS.

Eu, _____, carteira nº _____,

CPF _____ estou ciente e concordo integralmente com todas as condições e regras estabelecidas pelo PAS/

UFMS referente ao Tratamento Ortodôntico.

Nome/Assinatura do Beneficiário Titular do PAS/UFMS

Nome do beneficiário que realizará o tratamento.

(Se o mesmo for o titular, não é necessário o preenchimento desse campo)

_____, MS, _____ de _____ de _____.