

# Plano **Ortodôntico**

**Dental  
Med Center**

**Planos Odontológicos**

NOSSO PLANO É O SEU SORRISO.



## BEM-VINDO À DENTAL MED CENTER

**Caro Cliente,**

Agradecemos a sua escolha. A DENTAL MED CENTER tem orgulho de recebê-lo e cuidar da sua saúde bucal.

Somos uma empresa especializada em Odontologia de Grupo, registrada na ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar sob o nº 413941, com autonomia administrativa e financeira. Pretendemos ser modelo de Excelência no tratamento à saúde bucal, oferecendo qualidade, conforto e segurança aos nossos usuários.

A DENTAL MED CENTER foi criada em 20 de julho de 2000 e conta hoje com uma ampla rede credenciada de cirurgiões-dentistas, inúmeros fornecedores, funcionários e parceiros à disposição de todos os nossos usuários. Além de seus números, temos um sério compromisso social em tornar a Odontologia ao alcance de todos.

Lembrados que os dados cadastrais dos dentistas credenciados e prestadores de serviço poderão sofrer alterações sem aviso prévio. Qualquer dúvida ligue ou consulte o nosso site.

O compromisso da DENTAL MED CENTER é com o bem-estar de seus usuários. Portanto, estamos permanentemente abertos para sugestões, reclamações ou qualquer esclarecimento de dúvidas. A sua opinião é muito importante para o aprimoramento dos nossos serviços e a sua confiança será sempre um estímulo para melhorarmos cada vez mais.

**Nosso Plano é o Seu Sorriso.**

**Luciano Oliveira dos Santos**  
Presidente

ASSOCIADO/CONTRATANTE				CPF			
NOME DA MAE				NOME DO PAI			
ESTADO CIVIL ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) VIÚVO ( ) OUTRO		SEXO ( ) M ( ) F		DATA DE NASCIMENTO		RG	
NATURALIDADE		UF		NACIONALIDADE		ESCOLARIDADE	
END. RESIDENCIA				Nº			
BAIRRO		CIDADE		UF		CEP	
TELEFONE RESIDENCIAL		CELULAR		TELEFONE COMERCIAL			
E_MAIL				EMPRESA ONDE TRABALHA			
NOME DO BENEFICIÁRIO				CPF		SEXO	
DATA DE NASCIMENTO		TELEFONE		PARENTESCO		NOME DA MAE DO BENEFICIÁRIO	
DATA DO PAGAMENTO		VIGENCIA MÍNIMA 24 meses		KIT ORTODÔNTICO ( ) INCLUIDO ( ) NÃO INCLUIDO		CNS	
VALOR DA ADESÃO R\$		VALOR DA MENSALIDADE R\$					

1. ( ) AUTORIZO DÉBITO NO MEU CARTÃO DE CRÉDITO/CONVÊNIO  
Nº VAL. COD. SEG. DATA DO VENC.  
TITULAR: DATA DO VENC.
2. ( ) AUTORIZO EMISSÃO DE BOLETO PARA PAGAMENTO EM BANCOS E/OU CORRESPONDENTES BANCÁRIOS
3. ( ) AUTORIZO DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO Nº MATRICULA  
ORGÃO/EMPRESA:
4. ( ) AUTORIZO DÉBITO NA MINHA C/C DO BANCO, AG. C/C Nº

**USO EXCLUSIVO DA EMPRESA**

Informações para fins cadastrais: ( ) titular usuário ( ) alteração de cadastro  
( ) pessoa física ( ) funcionário público ( ) titular passa a ser usuário ( ) titular não usuário

Eu, portador(a) do CPF nº, **autorizo expressamente a Dental Med Center** a desenvolver o respectivo tratamento e responsabilizar-se em seguir as instruções e concluir este tratamento ortodôntico até sua fase final de acordo com o termo de consentimento informado neste contrato.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente instrumento em duas (2) vias de igual teor e forma para o mesmo fim de direito, obrigando-se a fazê-lo sempre bom, firme e valioso, salientando que o ASSOCIADO/CONTRATANTE DECLARE EXPRESSAMENTE TER CONHECIMENTO E ENTENDIMENTO INTEGRAL DO CONTEÚDO DESTE CONTRATO CONFORME DETERMINAÇÃO DO ARTIGO 46 DA LEI Nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

Pela Contratada: de de



DENTAL MED CENTER  
CNPJ Nº 04.067.810/0001-16

Pelo (a) Associado Contratante ou responsável:

Nome:  
CPF/MF Nº

AVALISTA(S): CPF/CGC CPF/CGC	Nº	VENCIMENTO	R\$	500,00
	Ao (s)			
	paga por esta única via de NOTA PROMISSÓRIA			
	CPF/CGC			
	Ou á sua ordem, a quantia de <b>Quinhentos reais</b>			
	em moeda corrente deste país.			
Pagável em				
EMITENTE				
CPF/CGC				
ENDEREÇO				
ASSINATURA DO EMITENTE				

Cláusula	Assunto	Página
01 - OBJETO, VIGÊNCIA E NATUREZA JURÍDICA.....		1
02 - DA DESVINCULAÇÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO.....		1
03 - DAS CONSULTAS MENSAS E DA MANUTENÇÃO, GUARDA E.....		1
DEVOLUÇÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO.		
04 - DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO.....		2
05 - DO ATRASO NOS PAGAMENTOS.....		2
06 - DA RECISÃO.....		3
07 - DA NECESSIDADE DO USO DE CONTENÇÃO.....		3
08 - DO FORO.....		3
CONSENTIMENTO INFORMADO.....		3



Pelo presente instrumento, o ASSOCIADO/CONTRATANTE, identificado (a) e qualificado (a) no formulário de adesão, e a SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE GRUPO - DENTAL MED CENTER/RN, com sede na Av. Rio Branco, 440 – Centro – na cidade de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, inscrita no CNPJ sob o Nº 04.067.810/0001-16, doravante denominada simplesmente CONTRATADA, firmam o presente Contrato de Serviços Odontológicos, mediante as cláusulas e condições seguintes, as quais se obrigam a cumprir e a fazer cumprir mutuamente.

#### **CLAUSULA 01 – OBJETO, VIGÊNCIA E NATUREZA JURÍDICA.**

O objeto do presente Contrato é a prestação pela CONTRATADA ao ASSOCIADO/CONTRATANTE e aos beneficiários por este indicado neste instrumento, dos serviços de assistência odontológica ortodôntica, incluindo o diagnóstico clínico, o fornecimento dos aparelhos fixos em regime de comodato, a adaptação e a manutenção do aparelho ortodôntico, as consultas mensais de revisão e reajuste do aparelho e a reavaliação do plano de tratamento, mediante o pagamento de prestações mensais e sucessivas.

**Parágrafo Primeiro.** Os aparelhos ortodônticos usados no tratamento são de propriedade da **Dental Med Center** e a mesma reserva-se o direito de cedê-los em definitivo ao paciente somente mediante pagamento da multa prevista neste contrato.

**Parágrafo Segundo.** Este contrato terá uma vigência mínima estipulada no formulário de adesão deste instrumento contratual, contados da data do primeiro pagamento, podendo ser prorrogada ou reduzida, conforme a necessidade de continuação do tratamento ou a conclusão antecipada do mesmo, mediante laudo do profissional responsável pelo acompanhamento do beneficiário.

**Parágrafo Terceiro.** Os serviços objeto deste contrato serão prestados nas clínicas odontológicas credenciadas pela CONTRATADA nas localidades de atendimento marcadas no preâmbulo deste instrumento, através de profissionais habilitados para o exercício da especialidade, entre os quais o ASSOCIADO/CONTRATANTE escolherá o de sua preferência, reservando-se à CONTRATADA o direito de alterar a rede habilitada a prestar os serviços.

**Parágrafo Quarto.** O presente contrato tem natureza de prestação de serviços, sendo regido pelo código civil brasileiro.

#### **CLÁUSULA 02 – DA DESVINCULAÇÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO**

CASO O ASSOCIADO/CONTRATANTE MANTENHA CONTRATO DE ASSISTÊNCIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO (PLANO ODONTOLÓGICO) JUNTO À CONTRATADA. A RESCISÃO DO MESMO, POR QUALQUER MOTIVO, NÃO ENSEJA O TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTE CONTRATO.

#### **CLÁUSULA 03 – DAS CONSULTAS MENSAIS E DA MANUTENÇÃO, GUARDA E DEVOLUÇÃO DO APARELHO ORTODÔNTICO.**

A consulta mensal é imprescindível para acompanhamento do tratamento, sendo obrigação do ASSOCIADO/CONTRATANTE marca-la dentro do prazo correto, sob pena de perder o direito à mesma.

**Parágrafo Primeiro.** O paciente fica ciente neste ato que lhe foi comunicado expressamente que a não efetivação da manutenção mensal importará em graves danos no seu tratamento ortodôntico, podendo inclusive, causar danos estéticos em sua face e em sua arcada dentária, ficando expressamente pactuado entre as partes que a DENTAL MED CENTER não se responsabiliza por qualquer desses danos que venha a ocorrer, inclusive atraso no período para conclusão do tratamento;

**Parágrafo Segundo.** O **Aparelho Ortodôntico** é fornecido ao contratante ou beneficiário em regime de comodato, ficando os mesmos constituídos fiéis depositários, devendo mantê-lo em perfeito estado e assim devolvê-lo à contratada em caso de rescisão do presente instrumento, sob as penas previstas em lei.

**Parágrafo Terceiro.** A **CONTRATADA** cede o aparelho pelo período do tratamento ortodôntico ou antes disso, se houver necessidade de retirá-lo por ordem expressa do profissional que atendeu na sede da CONTRATADA, com objetivo de auxiliá-lo no tratamento odontológico/ortodôntico a que se submete. Somente poderá utilizar o aparelho ortodôntico, objeto deste contrato, enquanto estiver sendo tratado pelos profissionais designados pela Dental Med Center, não podendo o ASSOCIADO/CONTRATANTE usá-lo para outros fins, nem cedê-lo a quem quer que seja e sob nenhum título, parcial ou totalmente.

**Parágrafo Quarto.** Caso deseje continuar o tratamento ortodôntico com outro profissional que não pertença ao quadro da **CONTRATADA**, interrompendo o tratamento antes do término previsto no seu contrato, sem justo motivo e sem que haja rescisão deste termo, bem como se negar à obrigatória devolução do aparelho ortodôntico, o ASSOCIADO/CONTRATANTE se obriga a pagar pelo aparelho a título de multa o valor de **R\$ 500,00 (quinhentos reais)** conforme Nota Promissória assinada no formulário de adesão deste contrato. No entanto, em havendo rescisão de comum acordo ou até mesmo judicial que lhe seja favorável estará isento do pagamento ora estipulado.

**Parágrafo Quinto. O ASSOCIADO/CONTRATANTE** se compromete a cumprir todas as determinações relativas a seu retorno mensal para ajustes no aludido aparelho ortodôntico, bem como a seguir todas as instruções dadas pelo profissional que o atender.

**Parágrafo Sexto.** Os braquetes eventualmente quebrados pelo Paciente durante o tratamento e verificados a necessidade de substituição, quando da manutenção mensal, será cobrado do Paciente o valor de R\$ 10,00 (Dez Reais) a unidade metálica ou R\$ 12,00 (Doze Reais) a unidade cerâmica, os serviços e os outros materiais que venham a ser necessários em virtude de má utilização do aparelho serão custeados diretamente pelo ASSOCIADO/CONTRATANTE, pelo preço previsto na tabela VRPO (Valores de Referência de Preço Odontológicos);

**Parágrafo Sétimo.** O extravio do aparelho ou a sua danificação total ou parcial não implica na desobrigação do contratante em relação ao presente contrato, devendo o mesmo imediatamente repor o aparelho ou custear a sua reparação para que seja dada continuidade aos serviços, os quais continuarão a ser cobrados normalmente;

**Parágrafo Oitavo.** A documentação radiológica, necessária para o **TRATAMENTO ORTODÔNTICO**, será sempre solicitada pelos profissionais da **DENTAL MED CENTER** que encaminhará o Paciente para seu credenciado, sem qualquer custo adicional, sendo esta documentação de propriedade exclusiva da **DENTAL MED CENTER**, mesmo no caso de encerramento do tratamento ou da rescisão deste contrato.

#### **CLÁUSULA 04 – DO PREÇO E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

Pela prestação dos serviços objeto do presente contrato o ASSOCIADO/CONTRATANTE, pagará à CONTRATADA, através de pagamento bancário, desconto em folha de pagamento, em conta bancária, cartão convênio ou em cartão de crédito, conforme escolha feita no formulário de adesão deste contrato, prestações mensais e sucessivas, cujo valor bienal será de **R\$3.600,00 (Três Mil e Seiscentos Reais)**. Este custo não representa o valor do tratamento, pois o mesmo decorre de vários fatores que impedem da **DENTAL MED CENTER** determinar o prazo do tratamento, tais como: frequência do paciente nas manutenções; resposta do organismo do paciente; complexidade do caso do paciente em particular; tempo de permanência na parte clínica, entre outros fatores explicados diretamente pelo Ortodontista.

**Parágrafo Primeiro.** O valor bienal desse contrato será dividido em 24 (vinte e quatro) parcelas de **R\$150,00 (Cento e Cinquenta Reais)**, e o reajuste de contrato será efetuado anualmente tomando como base o índice oficial de inflação medido pelo IGP-M, independente do número de atendimentos mensais que o paciente necessitar. Em caso de renovação, o reajuste também será anual, contando-se automaticamente, a partir do pagamento da 25ª parcela por parte do ASSOCIADO/CONTRATANTE;

**Parágrafo Único.** Em caso de promoção, prevalece o valor descrito no formulário de Adesão.

**Parágrafo Segundo.** No ato da assinatura deste contrato, O Paciente deverá pagar uma taxa de adesão ao plano no valor de R\$ 120,00 (Cento e Vinte Reais);

**Parágrafo Terceiro.** Os pagamentos serão feitos pelo ASSOCIADO/CONTRATANTE na modalidade de pré-pagamento, no mês da própria prestação dos serviços até o dia previsto no preâmbulo deste contrato, sob pena de imediata suspensão do atendimento pela CONTRATADA;

**Parágrafo Quarto.** A ausência do boleto/aviso de cobrança ou ainda qualquer ocorrência que venha impedir os descontos dos valores pelo meio escolhidos pelo ASSOCIADO/CONTRATANTE não o libera do pagamento nem justifica o atraso, devendo o mesmo providenciar o pagamento na data do vencimento por qualquer outro meio hábil;

**Parágrafo Quinto.** O Paciente declara neste ato que lhe foi comunicado expressamente que o não pagamento das mensalidades nos respectivos vencimentos, poderá ser enviado, a critério da **DENTAL MED CENTER**, para Cartório de Protesto de Título, bem como assim aos demais órgãos de restrições cadastrais, como SERASA e SPC, e que concorda com este procedimento;

**Parágrafo Sexto.** O paciente também declara neste ato que está plenamente ciente de que a sua obrigação no pagamento das parcelas mensais acordadas neste contrato, independente do seu comparecimento a clínica para fazer manutenção ou qualquer outro atendimento, pois o mesmo trata-se de pagamento mensal do plano ora contratado e não de pagamento por procedimento odontológico específico;

**Parágrafo Sétimo.** A **DENTAL MED CENTER**, não se responsabilizará por nenhum tratamento fora da clínica.

#### **CLÁUSULA 05 – DO ATRASO NOS PAGAMENTOS**

O atraso no pagamento das mensalidades implica na suspensão imediata dos atendimentos ao contratante ou beneficiário até que os valores em atraso acrescidos dos encargos contratualmente previsto sejam integralmente quitados.

**Parágrafo Primeiro.** A contratada cobrará pela impontualidade do contratante multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% a.m.(um por cento ao mês) calculados sobre o valor corrigido da dívida.

#### **CLÁUSULA 06 – DA RESCISÃO**

**Parágrafo Primeiro.** No caso do Paciente decidir rescindir este contrato antes do seu término, fica pactuado entre as partes que o mesmo pagará multa equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor restante das parcelas que foram divididas.

**Parágrafo Segundo.** Em caso de rescisão o ASSOCIADO/CONTRATANTE fará a retirada do aparelho nas dependências da contratada de acordo com a disponibilidade de agenda.

#### **CLÁUSULA 07 – DA NECESSIDADE DO USO DE CONTENÇÃO**

**Parágrafo Primeiro.** Após a retirada do aparelho ortodôntico fixo, o Ortodontista avaliará a necessidade do uso de contenção ortodôntica.

**Parágrafo Segundo.** Caso comprovada a necessidade do uso do aparelho de contenção, todo o custo será repassado ao ASSOCIADO/CONTRATANTE, cujo valor cobrado será o de mercado vigente na época.

**Parágrafo terceiro.** Para o controle e possíveis reajustes dos procedimentos ortodônticos, o ASSOCIADO/CONTRATANTE, retornará ao consultório da CONTRATADA de acordo com a programação definida pelo Ortodontista para a conclusão do seu tratamento.

**Parágrafo Único.** Fica(m) o(s) Pagamento(s) dessa(s) manutenção(ões), no ato quando da necessidade desse referido controle, que também será o valor da parcela atualizada conforme cláusula 4 Parágrafo Primeiro deste Contrato.

#### **CLÁUSULA 08 – FORO**

Ambas as partes elegem e especificam o foro da cidade onde o mesmo foi assinado para ali serem dirimidas as dúvidas advindas dos termos do presente instrumento, renunciando a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

### **Ortodontia Consentimento Informado**

Refere-se ao tratamento ortodôntico oferecido pelo profissional ao paciente, observadas abaixo relacionados.

O tratamento almejará posicionar os dentes e seus locais corretos, melhorando a distribuição de forças durante a mastigação e contribuindo para uma estética melhorada. Esse objetivo pode ser atingido de várias formas, estando o método de tratamento proposto diretamente relacionado à habilidade e conhecimento do profissional.

Em função da diversidade de fatores que permeiam um tratamento ortodôntico, é fundamental que o paciente tenha consciência dos possíveis problemas que podem acontecer após ou durante o tratamento, concordando ou não com a realização do tratamento após o conhecimento dos mesmos.

#### **A) Assuntos Relacionados Com A Prática Clínica:**

**Tempo de tratamento:** é impossível definir com exatidão o tempo de duração do tratamento. Apenas uma previsão poderá ser oferecida, devendo o paciente estar consciente de que a duração do tratamento poderá ser maior do que a previsão inicialmente fornecida.

**Desmineralização:** é possível ocorrer uma perda de minerais da estrutura dental durante o tratamento ortodôntico podendo resultar em manchas brancas e cáries. Tais problemas estão diretamente relacionados a higienização deficiente e a de alimentos ricos em açúcares.

**Gengivite:** é possível ocorrer um aumento do volume da gengiva durante o tratamento ortodôntico podendo resultar em pequeno sangramento eventual. Este problema tem relação com a higienização deficiente, mas também com o contato dos aparelhos com as estruturas gengivais.

**Perda óssea:** é possível uma diminuição do osso que segura os dentes durante o tratamento ortodôntico. Este problema pode ter relação com a higienização deficiente, predisposição individual e com próprio tratamento ortodôntico.

**Reabsorção da raiz:** é possível ocorrer uma diminuição da raiz dos dentes durante o tratamento. Este problema tem relação com a movimentação dos dentes promovida pelo aparelho e pode ter várias causas, entre elas: predisposição individual, aspectos genéricos, aspectos hereditários, doenças e força exercida pelo aparelho e causa idiopática (sem causa definida).



Recidiva: é a tendência que os dentes apresentam de voltar as suas posições após a remoção dos aparelhos. Para diminuir essa tendência, serão instaladas contenções após a retirada dos aparelhos. Mesmo com o uso das contenções poderá haver recidiva. A melhor forma de diminuir a tendência de recidiva é fazer uso permanentes das contenções. Outras modificações no posicionamento dos dentes poderão ocorrer, sem que tenha uma relação direta o tratamento ortodôntico, resultando as alterações naturais inerentes ao processo de amadurecimento biológico da face.

Alterações na articulação Têmporo-mandibular(ATIM): é possível ocorrer problemas na articulação Têmporo-mandibular durante o tratamento ortodôntico, tais como ruídos ou dores. Esses problemas podem aparecer com ou sem o tratamento ortodôntico.

Alterações nas mucosas: é possível ocorrer alterações nas mucosas da boca durante o tratamento ortodôntico, tais como incômodo, inchaço ou vermelhão. Isto faz parte do processo de adaptação da mucosas ao aparelho, traz problemas sérios e regride espontaneamente.

Acidentes: é necessário cautela quando a utilização do aparelho, especialmente extrabuciais para que os mesmos não causem ferimentos às estruturas da face. Retirar os aparelhos extrabuciais para atividade desportivas.

Problemas de saúde: caso o paciente seja portador de doenças ou esteja fazendo uso de medicamentos, tais fatos devem ser relatados ao profissional, assim como a alteração de saúde que ocorra durante o tratamento ortodôntico.

#### B) Assunto Referente ao Tratamento Ortodôntico

1) Todos os constituintes do aparelho ortodôntico serão fornecidos durante o tratamento ortodôntico, com exceções. De mini-implante(s) de ancora, terão que ser pagos á parte.

2) O tratamento ortodôntico poderá incluir extrações de dentes decíduos (de leite) ou permanentes. Dependendo da evolução do tratamento, extrações não planejadas poderão ser necessárias.

3) No final do tratamento ativo, serão instalados os aparelhos de contenção: placa removível superior e um fio metálico colocado na face lingual dos dentes antero-inferiores. Estes aparelhos serão / não serão cobrados á parte nos casos de alta do paciente. Em caso da perda ou quebra, será cobrado o valor vigente da época para sua reposição.

4) O profissional fica isento de responsabilidades caso o paciente venha procurar outro profissional deixando-o manusear os aparelhos sem prévio-consentimento.

5) A desistência do tratamento pelo paciente isentará o profissional de qualquer responsabilidade com forma de resguardar interesses de ambas as partes, esta desistência deverá ocorrer por meio formal devendo o paciente assinar respectivo documento. Eventual omissão a esta formalização poderá implicar em responsabilidade do profissional.

6) O paciente deverá evitar alimentos que danifiquem os aparelhos ortodônticos como, por exemplo, balas, alimentos pegajosos, com alto teor de açúcares, chicletes e alimentos duros. Em casos de quebra constante, as peças quebradas serão cobradas á parte.

7) Dependendo do tipo de má oclusão e da presença de hábitos deletérios do paciente, o profissional solicitará terapia fonoaudiológica ou otorrinolaringológica. Este tratamento não está incluído no presente orçamento.

8) Tratamento não ortodôntico, tais como restaurações, cirurgias, endodontia, ajuste oclusal, entre outros são de responsabilidades do paciente, quanto aos custos, estando o paciente livre para escolher o profissional executante. Tratamento não ortodôntico, tais como restaurações, cirurgias, endodontia, ajuste oclusal, entre outros são de responsabilidades do paciente, quanto aos custos, estando o paciente livre para escolher o profissional executante.

9) O paciente que se encontre impossibilitado de comparecerá consulta deverá cancelá-la com 24h de antecedência e remarcar um novo horário. As ausências às consultas atrasarão o tratamento.

10) O não comparecimento às consultas por qualquer motivo não isenta o paciente de pagar a mensalidade de período.

11) A remoção do aparelho a pedido do paciente antes do término do tratamento acarretará na cobrança de taxa correspondente ao custo deste procedimento.

12) Quando da mudança de endereço, telefone ou e-mail, comunicar urgentemente ao profissional.

13) O atendimento ao paciente será efetuado pelo (s) profissional (s) e por equipe de auxiliares devidamente preparados.

Fica estabelecido que o prazo de eficácia do presente Instrumento Particular de Contrato em anexo, é de caráter indeterminado, uma vez que se espera com a finalização de respectivo tratamento ortodôntico. Desta forma, somente o profissional poderá determinar o exato momento desta relação contratual, estando o paciente de pleno e total acordo esta premissa. As partes assumem, de pleno direito, terem lido, entendido e concordado com os termos pactuados, bem como os procedimentos explicados, em especial com o plano de tratamento, diagnóstico e prognóstico.

# Dental Med Center

Planos Odontológicos

NOSSO PLANO É O SEU SORRISO.

AGENDE SUA CONSULTA  
PELO WHATSAPP



**(84) 9-8802-4098**

DISPONÍVEL PARA TODAS AS UNIDADES

## UNIDADES

**CENTRO**

3133-3566

**ZONA NORTE**

3661-3376

**PARNAMIRIM**

3272-3938

**GOIANINHA**

3243-3033

**SANTA CRUZ**

3291-4608