



INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS
SERVIDORES DO ESTADO DE ALAGOAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE Nº _____
ODONTOLOGIA

_____,
usuário do Plano IPASEAL SAÚDE com matrícula nº _____,
_____ () titular () dependente () agregado,
mediante este instrumento de responsabilidade com o
Odontólogo(a) _____
credenciado na especialidade de _____
compromete-se no prazo de 30 dias a contar do término do
tratamento odontológico a efetuar a Perícia Final.

Em caso do não cumprimento deste termo será suspenso qualquer
tratamento odontológico, até sanar suas pendências anteriores.

Assinatura do Usuário do Plano IPASEAL SAÚDE
(Responsável legal)