



Programa Dentário Móvel para Escolas Primárias do Departamento de Saúde de NSW

O Departamento de Saúde de NSW tem o prazer de oferecer ao seu filho uma consulta dentária escolar gratuita.

Este pacote inclui informações sobre o Programa Dentário Móvel para Escolas Primárias do Departamento de Saúde de NSW e

- formulário de autorização para tratamento
- formulário de autorização financeira

Há algum custo?

Não, este é um serviço gratuito oferecido pelo Governo de NSW.

Seu filho talvez seja elegível também para o Programa de Benefícios Dentários para Crianças (CDBS) do Governo Australiano, que é como o Medicare. O Governo Australiano permite que façamos uma reivindicação em seu nome para esta assistência dentária se você assinar o formulário de autorização do CDBS. Se seu filho não for elegível, o Departamento de Saúde de NSW oferecerá assistência gratuita.

Nós o incentivamos a assinar o formulário de autorização financeira do CDBS, pois isto nos dará suporte para oferecer assistência dentária em NSW, mas você não é obrigado a assinar.

Informações sobre o tratamento

O que está incluso?

Se você der autorização, seu filho pode receber:

Tratamento	Descrição
Exame dentário	Exame abrangente, que inclui: avaliação de fatores de risco, educação sobre saúde oral, avaliação do crescimento (medição de altura e peso, e cálculo do índice de massa corpórea (BMI)). É prática padrão em clínicas dentárias públicas do Departamento de Saúde de NSW que todas as crianças recebam uma avaliação do crescimento durante suas consultas dentárias, como parte de uma boa assistência clínica.
Raios-x dentários (se necessário)	2 pequenos raios-x dentários (se necessário) para ver dentro dos dentes e embaixo da gengiva, e verificar se os dentes permanentes estão crescendo.
Exames clínicos de imagem (se necessário)	Fotografias clínicas dentro da boca (se necessário), dos dentes, gengiva, língua, bochechas e lábios.
Limpeza dentária (se necessário)	Uma limpeza dos dentes, para remover placas e/ou tártaro.
Selantes de fissuras (se necessário)	Selagem das ranhuras dos dentes molares permanentes, para ajudar a prevenir cáries.
Aplicação de verniz fluoretado (se necessário)	Aplicação de pasta fluoretada aderente nos dentes para ajudar a prevenir cáries.

Recomenda-se que consulte o site para ler mais sobre os tratamentos que seu filho pode receber. Ou contate o Distrito de Saúde Local conforme dados no verso.

O que você precisa fazer:

1. **Leia** todas as informações contidas neste pacote
2. **Preencha** o formulário de autorização em inglês
3. **Assine** o formulário de autorização para tratamento
4. **Preencha** o questionário de informações sobre fatores de risco (isto nos ajuda a oferecer assistência personalizada ao seu filho)
5. **Leia** a folha de informações sobre o Programa de Benefícios Dentários para Crianças
6. **Assine** o formulário de autorização do paciente para cobrança direta (bulk billing) do Programa de Benefícios Dentários para Crianças (opcional)
7. **Devolva os formulários de autorização para a escola do seu filho** o mais rápido possível

Programa Dentário Móvel para Escolas Primárias do Departamento de Saúde de NSW

E se meu filho já possui assistência dentária regular?

Se seu filho possui assistência dentária privada regular, recomenda-se que continue com esta assistência. Em NSW, todas as crianças podem receber assistência dentária gratuita em clínicas dentárias públicas. As clínicas dentárias públicas oferecem tanto serviços dentários gerais quanto de emergência.

E se meu filho tiver um problema dentário agora?

Os sinais de que seu filho talvez precise de cuidados dentários urgentes incluem:

- inchaço no rosto
- inchaço na boca
- sangramento persistente na boca
- um acidente envolvendo danos na boca ou nos dentes
- dor dentária (por exemplo: nos dentes, boca, gengiva ou maxilar)

Ligue para sua clínica dentária pública local. Fora dos horários de atendimento, leve seu filho para o departamento de emergências do hospital público.

Para saber qual é o Distrito de Saúde Local (LHD) em que você mora, faça a leitura do código QR abaixo:



Dúvidas sobre o Programa Dentário Móvel para Escolas Primárias do Departamento de Saúde de NSW

Para mais informações sobre o Programa Dentário Móvel para Escolas Primárias do Departamento de Saúde de NSW, inclusive:

- Perguntas Frequentes
- Informações sobre Tratamentos
- Nossa Declaração de Privacidade
- Como suas informações são usadas

Consulte www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental ou faça a leitura do código QR abaixo:



Precisa de um intérprete?

Se você precisar de um intérprete para preencher estes formulários, por favor, ligue para um dos números abaixo:

Distrito de Saúde Local	Telefone
Central Coast LHD, Far West LHD, Hunter New England LHD, Mid North Coast LHD, Northern LHD and Western LHD	(02) 4924 6285
Illawarra Shoalhaven LHD, Murrumbidgee LHD and Southern NSW LHD	1800 247 272
South Western Sydney LHD	(02) 8738 6088
South Eastern Sydney LHD, Sydney LHD	1800 477 233
Nepean Blue Mountains LHD, Northern Sydney LHD, Western Sydney LHD	(02) 9912 3800

Autorização para tratamento

- Li e entendi as informações fornecidas sobre o Programa Dentário Móvel para Escolas Primárias do Departamento de Saúde de NSW.
- Entendo que posso cancelar a autorização a qualquer momento. Para o fazer, veja as Perguntas Frequentes no site: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- Tive a chance de fazer perguntas e procurar esclarecimentos sobre as informações que me foram fornecidas ligando para os números de contato do serviço dentário público contidos neste pacote de informações ou consultando o site: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- Entendo que um representante do Distrito de Saúde Local pode me contatar para esclarecer quaisquer informações fornecidas neste formulário e/ou para conversar sobre a saúde oral do meu filho.
- Tive a chance de consultar a Declaração de Privacidade no site no Departamento de Saúde de NSW, no endereço: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx. Entendo que as informações pessoais minhas e/ou do meu filho (inclusive informações médicas) podem ser divulgadas em certas circunstâncias, conforme descrito na Declaração.
- Declaro, tanto quanto sei, que forneci informações corretas sobre meu filho, inclusive sobre quaisquer problemas médicos que possam afetar o tratamento dentário.

Por favor, preencha as informações seguintes e assine na caixinha ao lado de cada tratamento que gostaria que seu filho recebesse. Se você não assinar o exame dentário, a consulta não acontecerá.

Eu (nome completo)

no dia (data de hoje), / / 20 assino abaixo para dar autorização para meu filho

(nome completo)

(data de nascimento), / / receber os seguintes tratamentos, conforme sejam clinicamente necessários:

Tratamento	Descrição	Assinatura do Pai/Mãe/Responsável Legal
Exame dentário	Exame abrangente, que inclui: avaliação de fatores de risco, avaliação do crescimento e educação sobre saúde oral. Sem autorização para o exame dentário, nenhum outro tratamento poderá ser fornecido.	<input checked="" type="checkbox"/>
Raios-x dentários (se necessário)	Em média, 2 pequenos raios-x dentários	<input checked="" type="checkbox"/>
Exames clínicos de imagem (se necessário)	Fotografias clínicas dentro da boca – dos dentes, gengiva, língua, bochechas e/ou lábios	<input checked="" type="checkbox"/>
Limpeza dentária (se necessário)	Uma limpeza dos dentes, para remover placas e/ou tártaro	<input checked="" type="checkbox"/>
Selantes de fissuras (se necessário)	Selagem das ranhuras dos dentes molares permanentes, para ajudar a prevenir cáries	<input checked="" type="checkbox"/>
Aplicação de verniz fluoretado (se necessário)	Aplicação de pasta fluoretada aderente nos dentes para ajudar a prevenir cáries	<input checked="" type="checkbox"/>

Você deseja estar presente na consulta do seu filho? Sim Não

Questionário de informações sobre fatores de risco

Para nos ajudar a avaliar os dentes do seu filho, por favor, selecione a opção mais apropriada e especifique as quantidades, se for o caso:

1. Com que frequência seu filho geralmente toma bebidas adoçadas com açúcar, tais como refrigerantes, refrescos (cordials), bebidas para esportes, bebidas energéticas ou chás gelados?

(1 copo = 250ml. 1 lata de refrigerante = 1,5 copos. Uma garrafa de 500ml de bebida para esportes = 2 copos)

Todos os dias
Número aproximado de copos por dia:

Algumas vezes por semana
Número aproximado de copos por semana:

Raramente ou nunca

Não sei/não tenho certeza

2. Com que frequência seu filho geralmente bebe água?

(1 copo = 250ml ou uma xícara de chá padrão. Uma garrafa de água de 600ml = 2,4 copos)

Todos os dias
Número aproximado de copos por dia:

Algumas vezes por semana
Número aproximado de copos por semana:

Raramente ou nunca

Não sei/não tenho certeza

3. Com que frequência seu filho geralmente come biscoitos doces, bolos, tortas/produtos de pastelaria ou barrinhas?

(Barrinhas incluem barras de cereais, barras de café da manhã/pequeno almoço e barras ou bolas de proteína/energia)

Todos os dias
Número aproximado por dia:

Algumas vezes por semana
Número aproximado por semana:

Raramente ou nunca

Não sei/não tenho certeza

4. Com que frequência seu filho escova os dentes com pasta de dentes?

Raramente ou nunca

Menos de uma vez por dia

Uma vez por dia

Duas vezes por dia

Mais de duas vezes por dia

Não sei/não tenho certeza

5. Que tipo de pasta de dentes seu filho usa?

Pasta de dentes comum com flúor

Pasta de dentes para crianças com flúor

Pasta de dentes sem flúor

Não sei/não tenho certeza

6. Como você classifica os dentes e a boca do seu filho?

Ruins

Razoáveis

Bons

Muito bons

Excelentes

Programa Dentário Móvel para Escolas Primárias do Departamento de Saúde de NSW

Folha de informações sobre o Programa de Benefícios Dentários para Crianças

Assistência dentária para crianças em NSW

Todas as crianças podem receber serviços dentários gratuitos em NSW

Algumas crianças talvez sejam elegíveis também para o Programa de Benefícios Dentários para Crianças (CDBS) do Governo Australiano; de qualquer forma, elas receberão o mesmo alto padrão de cuidados sem nenhum custo para você.

O que é o CDBS?

O CDBS é gerenciado pelo Governo Australiano e oferece às crianças elegíveis acesso a serviços dentários até o valor de \$1.095 ao longo de 2 anos calendários.

As crianças são elegíveis se:

- Tiverem entre 0 e 17 anos de idade durante qualquer dia do ano calendário e
- Forem elegíveis para o Medicare e
- Fizerem parte de uma família que receba o Family Tax Benefit Part A, ou se a criança receber um dos pagamentos do Governo Australiano contidos na lista disponível através do Departamento de Serviços Humanos, no endereço <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

Você não precisa registrar seu filho para o CDBS.

Como meu filho pode usar o CDBS?

Seu filho pode usar o CDBS dele das seguintes formas:

- neste programa escolar
- em uma clínica dentária pública de NSW, ou
- com um profissional privado da área dentária.

Autorização financeira

Não haverá nenhum custo para você. Mesmo se você não assinar o formulário de autorização financeira, seu filho receberá tratamento dentário gratuito do Departamento de Saúde de NSW.

O formulário de autorização financeira é um formulário separado do formulário azul de autorização para tratamento.

Se o limite de \$1.095 for atingido, ou se seu filho precisar de mais tratamentos que não estejam cobertos, não lhe será cobrado nenhum valor.

O que você precisa saber sobre o valor dos cuidados dentários do seu filho.

Se você der autorização financeira, poderemos fazer uma reivindicação para o Governo Australiano. Este valor não ultrapassará \$622,10 para nenhum dos tratamentos já mencionados. Você não pagará por nenhum tratamento.

Primeira consulta

O valor máximo esperado do tratamento que pode ser reivindicado de acordo com o CDBS para a primeira consulta do seu filho está descrito na tabela abaixo:

Descrição dos tratamentos	Código do item de tratamento	Valor do CDBS
Exame dentário	88011	\$57,65
Dois pequenos raios-x dentários	88022 x 2	\$33,35 x 2
Uma limpeza dos dentes, para remover placas	88111*	\$58,90
Uma limpeza dos dentes, para remover tártaro	88114*	\$98,20
Aplicação de verniz fluoretado	88121	\$37,85
Selagem de fissura nas ranhuras de até 8 dentes molares permanentes	88161 x 4 88162 x 4	\$50,45 x 4 \$25,25 x 4
Custo total		\$622,10

*Por favor, observe que apenas um destes dois itens pode ser reivindicado em uma consulta.

Consulta de retorno (se necessário)

O valor máximo esperado do tratamento que pode ser reivindicado de acordo com o CDBS para a consulta de retorno do seu filho está descrito na tabela abaixo:

Descrição dos tratamentos	Código do item de tratamento	Valor do CDBS
Exame dentário	88013	\$30,10
Aplicação de verniz fluoretado	88121	\$37,85
Custo total		\$67,95

Se forem necessários mais tratamentos, você será contatado pelo serviço dentário público para conversar sobre isto e o valor do CDBS para quaisquer tratamentos necessários.

Todas as crianças que moram em NSW podem receber serviços dentários públicos gratuitos.

Para mais informações:

Consulte www.health.nsw.gov.au/cdbs ou consulte o site do Department of Human Services do Governo Australiano, no endereço <https://www.servicesaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>.

Você pode verificar a elegibilidade do seu filho e o saldo do CDBS através de sua conta Medicare online, no endereço my.gov.au, ou ligando para 132 011.



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

MALE FEMALE

D.O.B. ____ / ____ / ____

M.O.

ADDRESS

**CHILD DENTAL BENEFITS
SCHEDULE BULK BILLING
PATIENT CONSENT**

LOCATION / WARD

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE PARA COBRANÇA DIRETA (BULK BILLING)
DO PROGRAMA DE BENEFÍCIOS DENTÁRIOS PARA CRIANÇAS**

Eu, o paciente / responsável legal, confirmo que fui informado:

- sobre o tratamento que foi ou será fornecido a partir desta data através do Programa de Benefícios Dentários para Crianças;
- sobre o custo provável deste tratamento; e
- que a cobrança pelos serviços será direta (bulk billed) através do Programa de Benefícios Dentários para Crianças, sujeito à disponibilidade suficiente de fundos de acordo com o limite de benefícios, e que não terei que desembolsar nenhum valor para pagar os custos destes serviços.

Entendo que eu / o paciente terei/terá acesso apenas aos benefícios dentários dentro do limite de benefícios.

Entendo que os benefícios para alguns serviços podem ter restrições, e que o Programa de Benefícios Dentários para Crianças cobre uma gama limitada de serviços.

Entendo que o custo dos serviços irá reduzir o limite de benefícios disponíveis.

Holes Punched as per AS2828.1: 2019
BINDING MARGIN - NO WRITING

Número do Medicare do paciente
Patient's Medicare number

Assinatura do paciente / responsável legal
Patient / legal guardian signature

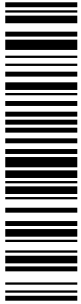
Nome completo do paciente
Patient's full name

Nome completo da pessoa que está assinando
(se não for o paciente)
Full name of person signing (if not patient)

____ / ____ / ____

Data
Date

Este formulário permanecerá válido durante todo o primeiro ano calendário (janeiro a dezembro) em que a criança recebe seu primeiro serviço dentário elegível, a não ser que você cancele sua autorização.



SMR020015

MODELO
Por favor, use esta tradução como um guia para preencher o formulário de autorização em inglês.