



Q

|                                               |                                                                                                                                     |                                                                      |                                             |                                       |                                                            |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Previdido Término do Tratamento<br>_/_/_/_/_/ | 44-Tipo de Alandamento<br><input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br><input type="checkbox"/> 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade UB<br>_ _ _ 6 3 0 , 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>_ _ _ _ 0 , 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>_ _ _ _ _ , _ _ |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|

que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, escolhe e autoriza a execução do tratamento proposto.

|                                                                        |                                                                                  |                                                                                                 |                                                       |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Total e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>____/____/____ | S1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>____/____/____ <i>Kelly</i> | S2-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>____/____/____ <i>[Assinatura]</i> | S3-Data, local e Carimbo da Empresa<br>____/____/____ |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|