



AUTORIZAÇÃO TRATAMENTO ORTODÔNTICO

TITULAR: _____ SIAPE: _____

TELEFONE: _____ LOTAÇÃO: _____ RAMAL: _____

ENDEREÇO: _____

BENEFICIÁRIO QUE REALIZARÁ O TRATAMENTO: _____

Declaro e aceito as regras e os valores participativos do Tratamento Ortodôntico proporcionado pelo PAS-UFMS;

Estou ciente que:

- 1 - A documentação ortodôntica e a manutenção do Tratamento Ortodôntico fixo serão custeadas 50% pelo Beneficiário pago diretamente ao credenciado;
- 2 - O aparelho ortodôntico será confeccionado pelo credenciado sem custo para o PAS-UFMS e para o Beneficiário;
- 3 - Danos ao aparelho ortodôntico por mau uso e reposições serão custeados pelo beneficiário;
- 4 - Acessório, modelos, cores diferentes do aparelho padrão, serão custeados integralmente pelo Beneficiário;
- 5 - Sou responsável pelo tratamento ortodôntico dos meus dependentes e agregados quanto aos danos por mau uso e a assiduidade nas manutenções mensais;
- 6 - Faltar no dia marcado para manutenção sem justificar previamente ao credenciado, será descontado o valor correspondente a 96 USO, mediante desconto em folha de pagamento, o qual desde já deixo autorizado;

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Titular

Para Controle do PAS-UFMS:

Início do Tratamento: ____/____/____

Previsão em meses: _____

Término do Tratamento: ____/____/____