

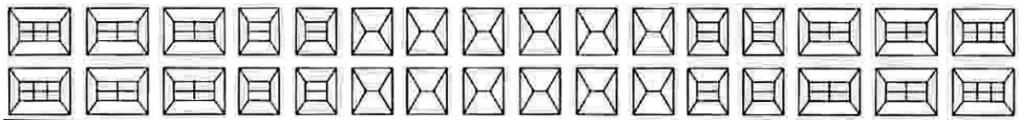
IPSM PMMG CBMMG	FICHA ODONTOLOGIA	USO DO IPSM	
		____/____ Mês/Ano	_____ Nº lote

Tipo Credenciado:	1 - Pessoa Física 2 - Pessoa Jurídica	CPF/CNPJ Credenciado:	Nome do Credenciado:
Nº da matrícula:	Número do Cartão:	Nome do Paciente:	

TRATAMENTO SOLICITADO

Descrição	Valor	Descrição	Valor
01		06	
02		07	
03		08	
04		09	
05		10	
Valor (R\$)	Valor por extenso		
Nome do Profissional solicitante:		CPF:	Nº do conselho: UF:
Data da solicitação:		Ass. / carimbo do Profissional solicitante	
Perícia Inicial		Carimbo de identificação do Perito	
_____ Data		_____ Ass. Perito	

ODONTOGRAMA


Obs:

TRATAMENTO REALIZADO

Item	Código	Quant.	Dente ou Região	Data Realização	CPF Prof. Exec.	Valor Apresentado	Valor Aprovado	Mot. Rev.	Cód. Glosa	Cód. Rateio
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
TOTAL ->										

Atesto ter prestado os serviços descritos aos beneficiários do sistema de saúde da PMMG-CBMMG-IPSM				Declaro recebido os benefícios e que o atendimento ocorreu de forma satisfatória				
_____ Data		_____ Carimbo e Ass. Prof. Executante.		_____ Data		_____ Ass. do paciente ou do responsável legal		
Perícia Final			Carimbo de identificação do Perito			Revisão Administrativa		
_____ Data		_____ Ass. do Perito		_____ Data		_____ Ass. do Perito		