

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA ESPECIAL À SAÚDE

Eu, _____, matrícula n° _____, solicito autorização para continuidade do tratamento ortodôntico, sob a forma de **Assistência Especial à Saúde**, conforme a Deliberação conjunta de Saúde n°39/2016, para _____, matrícula n° _____, grau de parentesco filha (o) () enteada (o) () Esposa (o) (), em razão do número de sessões estabelecido como limite no rol de cobertura do SISAU para as manutenções do referido tratamento, não ter sido suficiente para finalização da correção ortodôntica, conforme relatório do ortodontista solicitante em anexo.

Declaro ter conhecimento dos custos decorrentes da coparticipação conforme normas em vigor do SISAU.

_____, de _____ de 20_____.

Local

Assinatura do titular