

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

**REQUERIMENTO PARA TRATAMENTO DE IMPLANTODONTIA
NA REDE CREDENCIADA**

Requerimento da autorização pelo titular:

Eu, _____,
(nome do segurado/pensionista)
na situação de _____, nº de matrícula _____,
(especificar segurado/pensionista)
solicito autorização de tratamento de Implantodontia para _____
_____ Nº matrícula _____,
(nome do dependente/segurado/pensionista)

sob a forma de Assistência Complementar mediante prévia verificação de suporte financeiro em meu demonstrativo, ciente de que a autorização do meu pedido implica que terei que arcar com o ônus integral das despesas decorrentes do referido tratamento, sendo financiado com desconto de até 20% sobre o meu vencimento bruto, ou valor da pensão, de acordo com o Plano de Assistência à Saúde (PAS) e suas alterações.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do titular