

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

**REQUERIMENTO ODONTOLÓGICO DE PONTE FIXA
NA REDE CREDENCIADA**

1. O n° _____, _____,
(posto/graduação) (nome)
lotado no _____
(OPM/Cia)

vem solicitar autorização para tratamento reabilitador como Ponte Fixa para o n°

(cartão IPSM)

(nome e grau de parentesco)

sob a forma de Assistência Complementar, conforme Item 2, alínea c do Plano de Assistência à Saúde (PAS) e Art . 29 da Instrução de Saúde Conjunta Nº 03/95, de 09Ago95.

_____, _____, de _____ de 20____ .
(local)

Assinatura do Titular

2. Endereço do Beneficiário:

Rua/ Av _____
N° _____ compl _____

Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____

Telefone: _____

Segurado: Ativo Inativo Pensionista outros _____

3. Parecer administrativo:

Demonstrativo atualizado apresenta margem para desconto.

Demonstrativo atualizado não apresenta margem para desconto.

(Conforme Plano de Assistência à Saúde item 4.2)b) e Resolução Conjunta Nr 10 DS 27/03/98)

4. Parecer técnico conclusivo da Auditoria Odontológica/ IPSM:

Pelo deferimento

Pelo indeferimento

Sugiro indeferimento temporário até que se restabeleça o suporte financeiro necessário para a autorização do tratamento reabilitador com Ponte Fixa.

Assinatura e carimbo do Auditor/ IPSM

Assinatura do supervisor Administrativo da
Central de Atendimento/ IPSM