

**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