

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

**REQUERIMENTO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO
NA REDE CREDENCIADA**

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

vem solicitar autorização para tratamento ortodôntico para o Nr _____
(carteira IPSM)

_____, _____,
(nome e grau de parentesco)
sob forma de Assistência Complementar, conforme Item 2, alínea c do Plano
de Assistência à Saúde (PAS) e Art . 29 da Instrução de Saúde conjunta Nr 03,
de 09 de agosto de 1995.

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

Assinatura do Titular

2. Endereço do Beneficiário:

Rua/ Av _____
_____ Nr _____ compl _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Telefone: _____

Segurado: () Ativo () Inativo () Pensionista () outros _____

3. Supervisão Odontológica:

3.1 Justificativa para encaminhamento à rede credenciada:

- () Impossibilidade técnico-corretiva de tratamento na rede orgânica (é corretiva ou o caso é complexo e necessitará de corretiva posteriormente).
- () Responsável optou pela rede credenciada por ser mais próximo à residência.

3.2 Justificativa técnica da indicação:

- () necessidade estético-psicossocial
- () necessidade funcional
- () necessidade por alterações do desenvolvimento esquelético

3.3 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)

3.4 Parecer conclusivo:

- () **Deferido**
- () **Indeferido**
 - () Sugiro indeferimento temporário até que se restabeleça o suporte financeiro necessário para liberação do tratamento ortodôntico.
 - () O tratamento ortodôntico é indicado, mas deve-se aguardar o momento oportuno.
 - () Após análise de documentação ortodôntica e exame clínico verificou-se que não há indicação para tratamento ortodôntico.

Assinatura e carimbo do Auditor da Ortodontia