

**REDE CREDENCIADA - REQUERIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO
ODONTOLÓGICO NO PERÍODO DE VALIDADE**

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome:	Data de Nascimento:	
Nº Cartão IPSM	Nº Matrícula	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO CREDENCIADO SOLICITANTE		
Nome do Estabelecimento:	CNPJ:	
Profissional executante:	CRO/UF:	Especialidade:

1. TRATAMENTO A SER AUTORIZADO/EXECUTADO:

Procedimento: _____ Código: _____

Nº Plano de Tratamento PT/SIGAS: _____ Data de solicitação do PT: _____

2. REGRA DE NEGÓCIO- PERÍODO DE VALIDADE /RESTRICÇÃO apresentada no SIGAS mediante registro do procedimento:

solicitação de nova autorização registrada pelo **mesmo profissional da Rede Credenciada** que realizou o procedimento original

solicitação de nova autorização registrada **por outro profissional da Rede Credenciada**

3. JUSTIFICATIVA PARA A REPETIÇÃO/REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Assinatura e carimbo do profissional executante

Eu, _____, _____
(nome do segurado/pensionista) (nº matrícula)

estou ciente de que o procedimento odontológico acima citado foi anteriormente realizado na Rede Credenciada/Orgânica para o mesmo beneficiário e dente/região em que agora está sendo solicitada a sua repetição, dentro do período de validade estabelecido pelo SISAU. Ainda estou ciente de que havendo nova autorização do procedimento, haverá também um novo ônus/desconto em minha folha de pagamento conforme regra de coparticipação e custeio estabelecida no PAS - Plano de Assistência à Saúde referente ao Tipo de Assistência definida no Anexo "N" (Tabela de Honorários Profissionais de Odontologia) para o código/procedimento solicitado.

Assinatura do beneficiário/titular