

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

**REQUERIMENTO PARA PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA
COMPLEMENTAR NA REDE CREDENCIADA - ODONTOLOGIA**

Eu, _____
(Nome Completo)

Matricula: _____, autorizo o tratamento odontológico de
_____, na Especialidade

(Nome completo e grau de parentesco)
de _____, com o cirurgião-dentista _____

CRO/MG Nº _____, sob forma de Assistência Complementar, conforme dispõe o Plano de Assistência a Saúde (PAS) no item 2 – Conceitos e definições, na alínea C: “Assistência Complementar à Saúde é o conjunto de procedimentos de atenção à saúde que não se enquadram como básicos. É realizada com ônus total para o segurado ou pensionista”; e a Instrução de Saúde conjunta Nr 03/1995, arts. 29 e 32: o custeio da despesa com esse procedimento será referente ao valor integral (100%), sendo financiado com descontos de até 20% sobre vencimento bruto do segurado, ou valor da pensão. Os procedimentos odontológicos de assistência complementar constam no Anexo N (Tabela de Honorários Profissionais de Odontologia) da Resolução Conjunta de Saúde Nº 004/2003 - PMMG/CBMMG/IPSM e referem-se a tratamentos ortodônticos; próteses múltiplas e unitárias em cerâmica e tratamentos com implantes dentários.

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

Assinatura do Segurado Titular ou Pensionista