1º VIA - IPAM

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

MATRÍCULA: **SEGURADO:** **C. IDENTIDADE:**

CÓDIGO: **NOME DO CREDENCIADO:** **FONE:**

CÓDIGO	DENTE	FACES								PROCEDIMENTOS	VALOR
		M	O	D	V	L	P	C	I		
										TOTAL	**R$ -**

Código: Preencher conforme tabela. **EX.: 60.01 - Exame Clínico Completo**

Todos os campos devem ser preenchidos sob pena de NÃO REALIZAÇÃO da perícia inicial

Horários da Auditoria Prévia: 2ª feira: 8:00h às 11:00h 3ª feira: 12:00h às 18:30h 4ª feira: 12:00h às 15:00h
5ª feira: 12h às 15h e das 15:30h às 18:30h 6ª feira: 8:00h às 11:00h

Assinatura e carimbo do Credenciado

Assinatura Segurado

2º VIA - PROFISSIONAL

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

MATRÍCULA: **SEGURADO:** **C. IDENTIDADE:**

CÓDIGO: **NOME DO CREDENCIADO:** **FONE:**

CÓDIGO	DENTE	FACES								PROCEDIMENTOS	VALOR
		M	O	D	V	L	P	C	I		
										TOTAL	**R$ -**

Código: Preencher conforme tabela. **EX.: 60.01 - Exame Clínico Completo**

Todos os campos devem ser preenchidos sob pena de NÃO REALIZAÇÃO da perícia inicial

Horários da Auditoria Prévia: 2ª feira: 8:00h às 11:00h 3ª feira: 12:00h às 18:30h 4ª feira: 12:00h às 15:00h
5ª feira: 12h às 15h e das 15:30h às 18:30h 6ª feira: 8:00h às 11:00h

Assinatura e carimbo do Credenciado

Assinatura Segurado