

GUIA DE CONSULTA ODONTOLÓGICA

Matrícula: Beneficiário:

Código: Prestador:

Data da Consulta:

Preencher esse campo, somente nos casos em que o procedimento já tenha sido **realizado na primeira consulta.**

Códigos dos Procedimentos:

Dente: Face(s): Região:

Franquia foi paga diretamente ao Prestador? Não () Sim () Valor: R\$

Prestador:

Todos os campos devem ser preenchidos ou **NÃO** será realizada a Perícia Inicial.

Beneficiário:

É necessário que o Beneficiário (Paciente) compareça ao setor de Odontologia no IPAM, em até **10 dias**, após o término do tratamento para realização da Perícia Final.

Horários de Perícia: Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 17:00hs.

O financiamento pelo IPAM só será realizado se autorizado previamente. Para isso, é necessário que o Beneficiário Titular, compareça ao setor de Odontologia apresentando o último Contra-cheque (exceto o de Férias e/ou 13º Salário) acompanhando o paciente. Estando o beneficiário possibilitado a realizar o financiamento, o valor da parcela não poderá ser inferior a 5% do Padrão 1(Um). No caso de impossibilidade, o pagamento será realizado diretamente ao Prestador.

Carimbo e Assinatura do Prestador (CRO)

Assinatura do Beneficiário ou Responsável

GUIA DE CONSULTA ODONTOLÓGICA

Matrícula: Beneficiário:

Código: Prestador:

Data da Consulta:

Preencher esse campo, somente nos casos em que o procedimento já tenha sido **realizado na primeira consulta.**

Códigos dos Procedimentos:

Dente: Face(s): Região:

Franquia foi paga diretamente ao Prestador? Não () Sim () Valor: R\$

Prestador:

Todos os campos devem ser preenchidos ou **NÃO** será realizada a Perícia Inicial.

Beneficiário:

É necessário que o Beneficiário (Paciente) compareça ao setor de Odontologia no IPAM, em até **10 dias**, após o término do tratamento para realização da Perícia Final.

Horários de Perícia: Segunda à Sexta-feira das 8:00 às 17:00hs.

O financiamento pelo IPAM só será realizado se autorizado previamente. Para isso, é necessário que o Beneficiário Titular, compareça ao setor de Odontologia apresentando o último Contra-cheque (exceto o de Férias e/ou 13º Salário) acompanhando o paciente. Estando o beneficiário possibilitado a realizar o financiamento, o valor da parcela não poderá ser inferior a 5% do Padrão 1(Um). No caso de impossibilidade, o pagamento será realizado diretamente ao Prestador.

Carimbo e Assinatura do Prestador (CRO)

Assinatura do Beneficiário ou Responsável