

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS - IPSM
SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SIGAS

PLANO DE TRATAMENTO (FICHA ODONTOLÓGICA)

Nº
KM4M3B0

Data/hora de Elaboração
25/03/2021 14:31

PLANO DE TRATAMENTO

BENEFICIÁRIO

| Cartão | Matrícula | Nome |
|---------------------|-----------|--------------------|
| 6500 1166 3453 3618 | 138441001 | RILDO AMARAL ROCHA |
| CID | RTC | |
| | Regime | Tipo |
| | Externo | Clínico |
| | | Caráter |
| | | Eletivo |

CONTRATADO

| | |
|--|--|
| CNPJ/CPF 06.895.011/0001-63-00000 | Nome ORAL CENTER CENTRO DE ODONTOLO |
|--|--|

SOLICITANTE

| | | | | | | | | | |
|------|-----------|------------------------------------|----------------|--------------|--------------------------------|-------------|----------|------------------------------|------------------------------|
| CRO | 34583 | CPF | 063.122.146-80 | Nome | GUSTAVO ALBERTO MEDEIROS BRUNO | | | Especialidade | Endodontia |
| ITEM | COD.PROC. | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO | | LOCAL/SESSÃO | QTE | VR UNITÁRIO | VR TOTAL | PI | |
| 1 | 80060137 | Tratamento Endodontico - 1 conduto | | 45 | 1 | 161,17 | 161,17 | <input type="checkbox"/> - A | <input type="checkbox"/> - N |
| 2 | 80060137 | Tratamento Endodontico - 1 conduto | | 34 | 1 | 161,17 | 161,17 | <input type="checkbox"/> - A | <input type="checkbox"/> - N |
| SOMA | | | | | | 322,34 | | | |

| | | |
|--|---------------------------|---|
| _____ ORAL CENTER CENTRO DE ODONTOLO Assinatura e carimbo do Credenciado | | Concordo com a proposta. _____ Assinatura do Beneficiário ou Acompanhante |
| Perícia inicial _____ | Data/hora do _____ | Observações: _____ |

PLANO DE TRATAMENTO REALIZADO

| ITEM | COD.PROC | LOCAL | QTE APROVADA | DATA REALIZAÇÃO | PERICIA FINAL | Assinatura do beneficiário ou representante legal | |
|------|----------|-------|--------------|-----------------|---|---|--------------------------|
| 1 | 80060137 | 45 | 1 | | <input type="checkbox"/> - A <input type="checkbox"/> - N | | |
| CRO | 0000034 | CPF | 06312214680 | Nome | GUSTAVO ALBERTO MEDEIROS BRUNO | | Especialidade Endodontia |
| 2 | 80060137 | 34 | 1 | | <input type="checkbox"/> - A <input type="checkbox"/> - N | | |
| CRO | 0000034 | CPF | 06312214680 | Nome | GUSTAVO ALBERTO MEDEIROS BRUNO | | Especialidade Endodontia |

Atesto ter prestado os serviços aqui descritos ao Beneficiário do Sistema de Saúde PMMG - CBMMG - IPSM

 ORAL CENTER CENTRO DE ODONTOLO
 Assinatura e carimbo do Credenciado

| | | |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Perícia final _____ | Data/hora do _____ | Observações: _____ |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------|

Sujeito a auditoria técnica/administrativa. O Contratado/Credenciado deverá apresentar este compovante em original, juntamente com os demais documentos instrutivos do atendimento, ao Setor de Processamento de contas do Sistema de Saúde da PMMG-CBMMG-IPSM, onde foi realizado o termo de contrato/credenciamento.

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| _____ Auditor Técnico | _____ Auditor Administrativo |
| Data: ____/____/____ | Data: ____/____/____ |