INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES -VIÇOSA - MG

# *Autorização para Atendimento Odontológico*

**VÁLIDO SOMENTE COM CARTETIA DO IMAS**

**Paciente:**_____**Mat.:**_____

**Segurado:**_____**Ref.:**_____

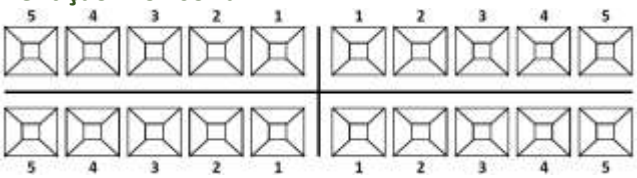
**Dentista:**_____

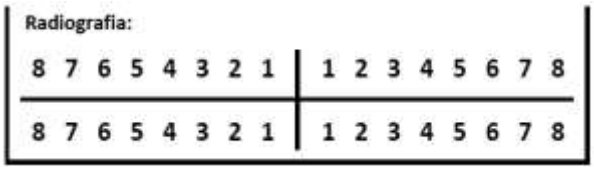
_____ **Viçosa – MG, ____de_____de 20_____**

**AUTORIZAÇÃO PARA ORÇAMENTO -**

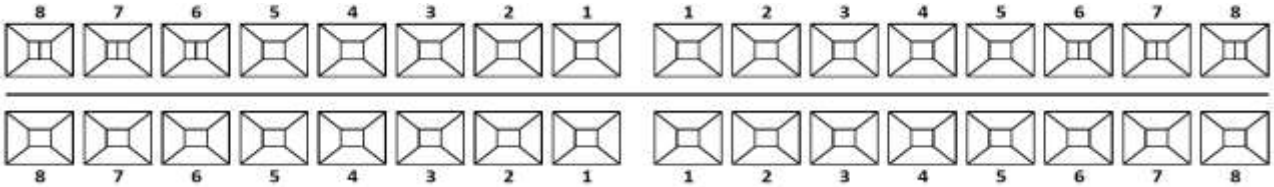
**DIAGRAMA DAS ARCADAS:**

**Dentição Provisória:**




**Dentição Permanente:**




## PLANO DE TRATAMENTO

| Nº Dente | Utilizar a nomenclatura existente na tabela do IMAS | | Valor: R$ | |
|---|---|---|---|---|
| | Trabalho realizado + material | Cód. Tabela | R$ Tratamento | R$ Prótese |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | SUBTOTAL..... | | |
| | | | **VALOR TOTAL.....** | **R$** |

AVALIAÇÃO INICIAL:

☐ O orçamento **ESTÁ** de acordo com as necessidades do paciente.
☐ O orçamento **NÃO ESTÁ** de acordo com as necessidades do paciente.
☐ **O PACIENTE DISPENSOU AS PERICIAS INICIAL E FINAL.**

_____ ____ / _____/ _____
Assinatura Data

AUTORIZAÇÃO PARA O TRATAMENTO

_____
Servidor do IMAS ____/_____/_____
Data

**Tratamento iniciado em ____/_____/____**

## TRABALHO REALIZADO

| Nº Dente | Utilizar a nomenclatura existente na tabela do imcs | | Valor: R$ | |
|---|---|---|---|---|
| | Trabalho realizado + material | Cód. Tabela | R$ Tratamento | R$ Prótese |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | SUBTOTAL..... | | | |
| | **VALOR TOTAL.....** | | **R$** | |

Tratamento encerrado em _____/_____/_____ Ass. Dentista_____

Declaro que estou ciente do **TÉRMINO** do tratamento:_____

Assinatura **PACIENTE** ou **RESPONSÁVEL**

AVALIAÇÃO FINAL:

☐ O tratamento **FOI REALIADO** de acordo com as necessidades do paciente.

☐ O tratamento **NÃO FOI REALIADO** de acordo com as necessidades do paciente.

x_____ ____ / _____/ _____

DATA

Autorizo a descontar da minha Folha Pagamento, em favor do imcs um total de: R$_____, em _____ parcelas de R$_____ por mês.

_____

**Viçosa-MG, _____de_____de 20_____** **ASSINATURA DO SEGURADO**

**Obs:**_____

## ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO

**Imprimir o formulário de autorização FRENTE e VERSO em folha única.**

**- Preencher todos os campos com IDENTIFICAÇÃO.**

**- Preencher os campos do DIAGRAMA DAS ARCADAS.**

**- Preencher o PLANO DE TRATAMENTO conforme tabela de procedimentos do IMAS.**

# OBS:

Para iniciar o tratamento odontológico, o profissional credenciado deverá aguardar o retorno da autorização **ASSINADA**, **DATADA** e **CARIMBADA** por servidor do **IMAS**, sob pena de não recebimento do procedimento.

**Direção do IMAS**