

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ESPECIAL PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Nome do Beneficiário: _____

Cartão de identificação: _____

Número da GTO: _____

Data da Solicitação: _____

Senha (código da solicitação): _____

Código do procedimento: _____

Descrição do procedimento: _____

Dente/Face/Região/Quantidade: _____

Status da autorização: _____

Cirurgião(ã) dentista: _____

CRO: _____

Solicito à Abertta Saúde uma autorização especial para realização do procedimento conforme planejado para o paciente em função das justificativas aqui apresentadas (se necessário encaminhar imagem ou fotografia do caso)

Local , _____ de 20 _____

Dr(a)

CRO