



## INFORME DE AUDITORÍA ODONTOLÓGICA / TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

### I) DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Número de afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

II) Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

III) Tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV) Valor reintegrado: \_\_\_\_\_

Profesional actuante: \_\_\_\_\_ Mat. Prof.: \_\_\_\_\_

V) Informe del Auditor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del auditor