



NOMBRE DEL TRAMITE	SOLICITUD DE “ORTODONCIA –PRÓTESIS”
ÁREA	Secretaría de Salud y Bienestar Social
OBJETO	Obtener de la Administración Municipal Autorización para realizar tratamientos de Prótesis-Ortopedia en Sanidad Municipal.
REQUISITOS Y/O CONDICIONES	<ul style="list-style-type: none">• Completar Formulario “Solicitud de Prótesis”• Fotocopia D.N.I del solicitante o Tutor y/o Beneficiario.• Solicitud del Profesional (Odontólogo) de Sanidad Municipal, indicando/solicitando el tipo de tratamiento: Ortopedia/Prótesis que necesita el paciente.• Cuil-Constancia Negativa del Anses
TIEMPO ESTIMADO	Tiempo Mínimo Estimado : Inicio-fin del trámite: MINIMO: quince (15) DÍAS
COSTO	Sin costos.
NORMATIVA APLICABLE	
CIRCUITO DEL TRAMITE	Ingresar Formulario de inicio de trámite y documentación obligatoria por la Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo del Municipio. La documentación es reenviada a la Secretaría de Salud y B.S. para dar continuidad a lo solicitado, en el marco de las posibilidades económicas-financieras del Municipio. Dictando el instrumento legal correspondiente (Autorizando-Rechazando), en caso favorable, vuelve el mismo a la Dirección de Sanidad Municipal para prosecución y cumplimiento de lo autorizado.
Observaciones	<ul style="list-style-type: none">• Secretaría de Salud y Bienestar Social –Sanidad Municipal• Domicilio: Sarmiento 1050• Atención al Público: Lunes a Viernes de 07:00 a 13:00 Hs.• E-mail.: saludmunicipal@catamarcaciudad.gob.ar