



### FICHA CLÍNICA DE PRÓTESE

Mês/Ano:	
Nome do Estabelecimento:	CNES:
Identificação do profissional:	CBO:
Nome do Profissional:	Cartão do SUS:
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:</b>	
Cartão do SUS:	
Nome:	
Sexo: ( ) masculino ( ) feminino	Raça/Cor: ( ) branca ( ) parda ( ) preta
Nascimento:	Nacionalidade:
Endereço:	CEP:
Telefone:	
Procedimento realizado: ( ) PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL SUPERIOR - 07.01.07.013-7 ( ) PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL INFERIOR - 07.01.07.012-9 ( ) PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR - 07.01.07.010-2 ( ) PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR - 07.01.07.009-9	
COR: _____ MORDIDA: ( ) TOPO A TOPO ( ) FUNCIONAL ( ) _____	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: ___/___/___ - Moldagem dento-gengival p/ const. de prótese dentária superior e inferior (030704007-0). ___/___/___ - Prova da armação (PPR). ___/___/___ - Registros no plano de cera e seleção da cor e tipo de dente(s). ___/___/___ - Prova da montagem dos dentes em cera. ___/___/___ - Instalação de prótese dentária (030704016-0). ___/___/___ - Instalação e adaptação de prótese dentária (030704003-8). ___/___/___ - Adaptação de prótese dentária (030704014-3). ___/___/___ - Reembasamento e conserto de prótese dentária (030704008-9). ___/___/___ - _____ ___/___/___ - _____	
OBS.:	
- Declaro que recebi o trabalho protético acima descrito e fui orientado(a) sobre os cuidados básicos necessários para uso e durabilidade da peça e assumo qualquer responsabilidade sobre o inadequado manuseio da peça. São João da Ponte, _____ de _____ de 20____.	
Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura da Cirurgiã-Dentista