



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

**LAUDO TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC
PRÓTESE DENTÁRIA**

Nº do Prontuário

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome

CNPES

CNPJ

Dados do Paciente

Nome

CNS do Usuário

CPF

Nome de Mãe ou Responsável

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

DDD

Nº DO TELEFONE

Município

UF

CEP

Data de nascimento

SEXO

Masc.

Fem.

CONVÊNIO

Sim Não

Nome do Convênio

PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

Procedimento Solicitado (marque com "X" nas quadriculas abaixo)

Código

Nome do Procedimento

1 0 0 8 2 1 3 1

PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR

Código

Nome do Procedimento

1 0 0 8 2 1 4 0

PRÓTESE TOTAL MAXILAR

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Identificação da Patologia

- Edentulismo Mandibular
 Edentulismo Maxilar

CID 10

Observações

A MUCOSA DE SUPORTE ESTÁ APTA A
RECEBER A PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL?

- SIM
 NÃO

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO ODONTÓLOGO SOLICITANTE