



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

**CONTROLE DE ENTREGA INDIVIDUAL
DE PRÓTESE DENTÁRIA**

Nº do Prontuário

Identificação do Estabelecimento de Saúde Solicitante

Nome

CNES

CNPJ

Dados do Paciente

Nome

CNS do Usuário

CPF

Nome da Mãe ou Responsável

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

DDD

Nº DO TELEFONE

Município

UF

CEP

Data de nascimento

SEXO

Masc.

Fem.

1

2

DECLARAÇÃO

FORNECIMENTO DA PRÓTESE AO PORTADOR (Estes campos deverão ser preenchidos pelo portador designado pelo gestor)

DECLARO QUE EM ____/____/____ (dd/mm/aaaa), FOI(RAM) ENTREGUE A(S) PRÓTESE(S) AO PORTADOR ABAIXO ASSINADO, DESTINADA(S) AO TRATAMENTO DO PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO.

Dados do Portador

Nome (em letra de forma legível)

Nº RG

Órgão Emissor

Data de Expedição

Prótese(s) Fornecida(s) ao Portador (Assinar para cada prótese entregue)

Código

Nome do Procedimento

Assinatura do Portador

Data de Entrega

1 0 0 8 2 1 3 1

PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR

Código

Nome do Procedimento

Assinatura do Portador

Data de Entrega

1 0 0 8 2 1 4 0

PRÓTESE TOTAL MAXILAR

RECEBIMENTO DA PRÓTESE PELO PACIENTE (Estes campos deverão ser preenchidos pelo paciente na unidade solicitante)

DECLARO QUE RECEBI A(S) PRÓTESE(S) DEVIDAMENTE ADAPTADAS.

Prótese(s) Fornecida(s) ao Paciente (Assinar para cada prótese recebida)

Código

Nome do Procedimento

Assinatura do Paciente

Data de Recebimento

1 0 0 8 2 1 3 1

PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR

Código

Nome do Procedimento

Assinatura do Paciente

Data de Recebimento

1 0 0 8 2 1 4 0

PRÓTESE TOTAL MAXILAR