


ANEXO I

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC PRÓTESE DENTÁRIA</b>	Nº do Prestador: _____					
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>								
Nome: _____								
CNPJ: _____		CNPQ: _____						
<b>Dados do Paciente</b>								
Nome: _____								
CPF do Paciente: _____		CPF: _____						
Nome da Mãe ou Responsável: _____								
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro): _____		CEP: _____	Nº DO TELEFONE: _____					
Município: _____	UF: _____	CEP: _____	Data de nascimento: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
CONVENIO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Nome do Convênio: _____							
<b>PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>								
Procedimento(s) solicitados (marque com "X" em cada coluna abaixo)								
1	0	0	8	2	1	3	1	Nome do Procedimento: <b>PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
1	0	0	8	2	1	4	0	Nome do Procedimento: <b>PRÓTESE TOTAL MAXILAR</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
1	0	0	8	3	0	3	0	Nome do Procedimento: <b>PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
1	0	0	8	3	0	4	9	Nome do Procedimento: <b>PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR</b>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)</b>								
Identificação da Patologia: <input type="checkbox"/> Estomatite Mandibular <input type="checkbox"/> Estomatite Maxilar								
Observações: A MUCOSA DE SUPORTE ESTÁ APTA A RECEBER A PRÓTESE DENTÁRIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO ODONTÓLOGO SOLICITANTE: _____								