

ANEXO III

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>CONTROLE DE ENTREGA INDIVIDUAL DE PRÓTESE DENTÁRIA</b>	Nº do Prontuário
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde Solicitante</b> Nome _____ CNES _____ CNPJ _____			
<b>Dados do Paciente</b> Nome _____ CNIS do Usuário _____ CPF _____ Nome da Mãe ou Responsável _____ Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) _____ DDD _____ Nº DO TELEFONE _____ Município _____ UF _____ CEP _____ Data de nascimento _____ SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.			
<b>DECLARAÇÃO</b> FORNECIMENTO DA PRÓTESE AO PORTADOR (Estes campos deverão ser preenchidos pelo portador designado pelo gestor)			
<b>DECLARO QUE EM</b> ____/____/____ <b>(dd/mm/aaaa), FOI(RAM) ENTREGUE A(S) PRÓTESE(S) AO PORTADOR ABAIXO ASSINADO, DESTINADA(S) AO TRATAMENTO DO PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO.</b>			
<b>Dados do Portador</b> Nome (em letra de forma legível) _____ Nº RG _____ Órgão Emissor _____ Data de Expedição _____			
<b>Prótese(s) Fornecida(s) ao Portador (Assinar para cada prótese entregue)</b>			
Código 1 0 0 8 2 1 3 1	Nome do Procedimento PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	Assinatura do Portador _____	Data da Entrega ____/____/____
Código 1 0 0 8 2 1 4 0	Nome do Procedimento PRÓTESE TOTAL MAXILAR	Assinatura do Portador _____	Data da Entrega ____/____/____
Código 1 0 0 8 3 0 3 0	Nome do Procedimento PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR	Assinatura do Portador _____	Data da Entrega ____/____/____
Código 1 0 0 8 3 0 4 9	Nome do Procedimento PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR	Assinatura do Portador _____	Data da Entrega ____/____/____
<b>RECEBIMENTO DA PRÓTESE PELO PACIENTE (Estes campos deverão ser preenchidos pelo paciente na unidade solicitante)</b>			
<b>DECLARO QUE RECEBI A(S) PRÓTESE(S) DEVIDAMENTE ADAPTADAS.</b>			
<b>Prótese(s) Fornecida(s) ao Paciente (Assinar para cada prótese recebida)</b>			
Código 1 0 0 8 2 1 3 1	Nome do Procedimento PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR	Assinatura do Paciente _____	Data do Recebimento ____/____/____
Código 1 0 0 8 2 1 4 0	Nome do Procedimento PRÓTESE TOTAL MAXILAR	Assinatura do Paciente _____	Data do Recebimento ____/____/____
Código 1 0 0 8 3 0 3 0	Nome do Procedimento PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MANDIBULAR	Assinatura do Paciente _____	Data do Recebimento ____/____/____
Código 1 0 0 8 3 0 4 9	Nome do Procedimento PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL MAXILAR	Assinatura do Paciente _____	Data do Recebimento ____/____/____