



DECLARAÇÃO DO RECEBIMENTO DE SERVIÇO DE PRÓTESE DENTÁRIA

(Para uso exclusivo da CREDENCIADA PRESTADORA DO SERVIÇO, em atendimento a CLÁUSULA 4ª do TERMO DE CREDENCIAMENTO, §5º da EXECUÇÃO DO(S) SERVIÇO(S) e CLÁUSULA 6ª. PAGAMENTO, inciso 6.2. e inciso 11.15. "Anexo B" do EDITAL Nº. 003/CISAMREC/2023.

Eu, _____, CNS ou CPF _____ DECLARO que recebi do PRESTADOR, os serviços de prótese(s) dentária(s) conforme relacionados abaixo:

*Qtde	PROCEDIMENTOS/SERVIÇOS REALIZADOS
()	PRÓTESE TOTAL MANDIBULAR (0701070129)
()	PRÓTESE TOTAL MAXILAR (0701070137)
()	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL (0701070102)
()	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR PROVISÓRIA (0701079001)
()	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL (0701070099)
()	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR PROVISÓRIA (0701079002)
()	PRÓTESES CORONÁRIAS / INTRA-RADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO) em resina acrílica prensada/fervida (0701070145)
()	CONCERTO EM PRÓTESES TOTAIS/PARCIAIS MANDIBULARES, MAXILARES E PARCIAISREMOVIVEIS (0307049001)
()	COROA PROVISÓRIA (Unidade) (0701070056)
()	ELEMENTO ADESIVO EM RESINA FOTO (unidade) (0307049002)
()	PLACA DE BRUXISMO FERVIDA (Un) (0307049003)
()	PLACA DE BRUXISMO ACETATO (Un) (0307049004)
()	CONSULTA ODONTOLÓGICA PARA PRÓTESE (0301019001)
()	MOLDAGEM PARA CONSTRUÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (0307040070)
()	PROVA DO PLANO DE CERA (Rolete de cera) (0307049005)
()	PROVA DOS DENTES PARA PRÓTESE DENTÁRIA (0307049006)
()	INSTALAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (0307040160)
()	ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (0307040143)
()	CIMENTAÇÃO DE PRÓTESE DENTÁRIA (0307040135)
()	AJUSTE OCLUSAL (0307040151)
()	REEMBASAMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA (0307049089)
()	CONCERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA (0307048089)

***Sr. Autorizador, é obrigatório preencher todos os campos com: quantitativo quando realizado e NÃO para os não autorizados/realizados.**

Declaro, ainda, que os serviços foram satisfatório e recebi do(a) profissional cirurgião-dentista, Dr(a) _____ todas as orientações quanto aos cuidados de manutenção, higienização, formas e condições de uso, ciente de que ocorrendo qualquer situação que me venha causar desconforto no uso da(s)prótese(s), quanto a confecção, adaptação e ajustes, comunicarei a Secretaria de Saúde ou Setor de Saúde Bucal do Município, onde autorizaram o procedimento, para as devidas providências necessárias.

(Nome da cidade e UF) dede 2023

(NOME DO PACIENTE E ASSINATURA (obrigatório))

(NOME DO(A) DENTISTA ASSISTENTE DO MUNICÍPIO)
Carimbo com nº. Registro de Classe, data e assinatura do (obrigatório)

(PRESTADOR)
Carimbo de identificação e assinatura do Prestador (obrigatório)

OBS: Este documento, devidamente preenchido, após a realização do procedimento, deverá ser encaminhando ao CISAMREC, acompanhado da ordem de serviço autorizada pela secretaria de saúde do município correspondente, para auditoria, avaliação e pagamento.