DECLARAÇÃO DO RECEBIMENTO DE SERVIÇO DE PRÓTESE DENTÁRIA

Eu,_____, CPF nº._____ residente e domiciliado (a) na Rua_____nº._____, no município de _____ declaro para os devidos fins que **RECEBI OS SERVIÇOS DE PRÓTESE(S) DENTÁRIA(S**) instalada pela empresa prestadora _____, conforme relacionados abaixo:

( ) 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) (0701070145)
( ) CONSERTO EM PRÓTESES TOTAIS/PARCIAIS MANDIBULARES, MAXILARES E PARCIAIS REMOVIVEIS (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 E CONSERTO DE PRÓTESE DENTÁRIA (0307040089)

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.

Nada mais a declarar.

_____, ____ de _____ de _____.

_____
Nome e assinatura do **PACIENTE** (obrigatório)

_____
Nome, carimbo e assinatura do **MUNÍCIPIO** (obrigatório)

ESTE DOCUMENTO, APÓS PREENCHIDO, DEVERÁ ACOMPANHAR A GUIA DE AUTORIZAÇÃO DO CISAMREC, COM OS SERVIÇOS REALIZADOS.