

SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG-CBMMG-IPSM

Relatório para Procedimentos Protéticos classificados
como Assistência Complementar

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Nº Cartão IPSM:	Data de Nascimento:
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome do Estabelecimento:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/MG:	Especialidade:

- 1 Descrever a senha do Plano de Tratamento - PT/SIGAS: _____
- 2 Descrever os elementos dentários para os quais foram propostos os procedimentos protéticos:

- 3 Qual tipo de procedimento será realizado? Coroa Total Restauração Inlay/Onlay Prótese Fixa Faceta
- 4 Qual tipo de Cerâmica será realizado?
 Metalocerâmica Cerâmica Pura – Neste caso, qual sistema será utilizado _____
- 5 Há espaço inter oclusal para que se confeccione uma coroa com espessura adequada para o material em toda área do preparo? (Nos casos de Coroa Metalocerâmica preconiza-se que o espaço inter oclusal seja de 1,5 a 2,0mm de espessura, sendo que 0,3 a 0,5mm seja a espessura do coping metálico e o restante de cerâmica feldspática. No caso de Cerâmica Pura preconiza-se que o espaço inter oclusal seja de 2,0mm). SIM NÃO
- 6 Está indicado retentor radicular? Se sim, qual?
 NMF - qual a liga metálica? _____
 Pino de Fibra de Vidro – tipo (fibra de vidro, cerâmico ou fibra de carbono?) _____
- 7 Paciente possui estabilidade oclusal: SIM NÃO
- 8 Paciente possui Bruxismo? Se sim, faz uso da Placa Estabilizadora/ Placa de Bruxismo em acrílico ?

- 9 Descrever outras considerações relevantes sobre o caso, bem como em relação aos procedimentos protéticos propostos:

Declaro que expliquei detalhadamente para o paciente (ou responsável), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas relacionados aos procedimentos propostos. O paciente bruxoma foi cientificado da necessidade do uso constante da Placa estabilizadora / Placa de Bruxismo, se comprometendo em fazer o uso da mesma. Está ciente de que o não uso da mesma poderá acarretar em comprometimento dos procedimentos realizados.

(Local) _____ (Data) ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional solicitante

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal