



SISTEMA DE SAÚDE DA PMMG/CBMMG/IPSM

Relatório para tratamento reabilitador com Ponte Fixa

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

ELEMENTOS PILARES: _____
(código de dente)

ELEMENTOS SUSPENSOS: _____
(código de dente)

ESPAÇO PROTÉTICO:
preservado não preservado

QUANTO À EXISTÊNCIA DE OUTRA PONTE FIXA NA REGIÃO
ausente provisória insatisfatória satisfatória

A NECESSIDADE DE PONTE FIXA SE DÁ EM FUNÇÃO DE:
substituição de prótese fixa insatisfatória
substituição de PPR insatisfatória
espaço protético ainda não reabilitado

JUSTIFICATIVA TÉCNICA DA INDICAÇÃO
funcional estético psicossocial ambas

AVALIAÇÃO DOS ELEMENTOS PILARES:
Especificar o(s) código(s) do(s) elemento(s) referente a cada item assinalado

Tratamento Endodôntico
satisfatório _____
indicado retratamento _____
retratado recentemente _____
vitalidade pulpar preservada _____
planejado controle clínico/radiográfico _____
indicação com finalidade protética _____

Núcleo Metálico Fundido
satisfatório _____
necessário confecção _____
necessário substituição _____
planejado controle clínico/radiográfico _____
não indicado _____

Inclinação

favorável _____

desfavorável _____

Proporção Coroa/Raiz

favorável _____

desfavorável _____

CONTROLE DE PLACA BACTERIANA

eficiente deficiente

PERIODONTO

saudável necessidade tratamento em manutenção

OCLUSÃO

favorável desfavorável

AUSÊNCIA DE ELEMENTOS DENTAIS

No mesmo arco sim não

Dentes ausentes _____

No arco antagonista sim não

Dentes ausentes _____

Observações relativas à indicação de reabilitação das áreas desdentadas citadas:

Outras considerações:

OBS: *Necessário o preenchimento de todos os campos deste relatório e envio da documentação radiográfica para autorização pela auditoria técnica no IPSM*

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descrito(s).

_____, _____ de _____, de 20____.

Local

Assinatura do credenciado/ Carimbo

Assinatura do paciente ou responsável