

CHECK LIST DOCUMENTOS PARA IMPLANTE

BENEFICIÁRIO: _____ MATRÍCULA: _____

TELEFONE: (____) _____ DATA DE RECEBIMENTO: ____/____/____

PROFISSIONAL: _____ CPF/CNPJ: _____

CRO- _____ EMAIL: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONES (____) _____

	ITEM 01	SIM	NÃO
01	Parecer de Implante Simplificado (P.I.S.)		
PREENCHIDO CORRETAMENTE, <u>TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO</u>			

	ITEM 02	SIM	NÃO
02	Tomografia da Mandíbula/Maxila e/ou Radiografia Panorâmica		
TC CONE BEAN e/ou RX PANORÂMICO ATUALIZADA (VALIDADE DE 04 MESES)			

	ITEM 03	SIM	NÃO
03	Risco cirúrgico FACULTATIVO		
<p>- RISCO CIRÚRGICO É FACULTATIVO, de acordo com a análise do profissional solicitante que será responsável pela solicitação do mesmo. Porém, a Odontologia/FioSaúde poderá solicitá-lo, de acordo com a análise do P.I.S. (PARECER IMPLANTE SIMPLIFICADO).</p> <p>- RISCO CIRÚRGICO OBRIGATÓRIO somente para procedimentos que forem realizados sob SEDAÇÃO VENOSA ASSISTIDA POR MÉDICO ANESTESISTA, OU SEDAÇÃO INALATÓRIA ÓXIDO NITROSO</p>			

	ITEM 04	SIM	NÃO
04	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido		
O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO = TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO De preferência, emitido pelo profissional solicitante, porém poderá ser utilizado o Termo já disponibilizado para preenchimento na Central de Atendimento			

	ITEM 05	SIM	NÃO
05	Termo de responsabilidade – LIVRE ESCOLHA		
Somente para LIVRE ESCOLHA			

OBS: OS RECIBOS E OS RELATÓRIOS DEVEM VIR DATADOS, ASSINADOS E CARIMBADOS PELO PROFISSIONAL EXECUTANTE.

Obs.: Para livre escolha, deve ser entregue orçamento contendo os procedimentos e valores atualizados.