



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores da Câmara
Legislativa do Distrito Federal – Fascal



Formulário para implante dentário

Nome do Paciente: _____

Matrícula Fascal: _____

Data: ____/____/____

Dentista Executante Fase cirúrgica:

Nome: _____

CRO: _____

Assinatura: _____

Dentista Executante Fase protética:

Nome: _____

CRO: _____

Assinatura: _____

Atenção: Para autorização prévia das fases cirúrgicas do implante, é necessário que o planejamento reabilitador esteja completo, incluindo a fase protética e a **assinatura dos profissionais responsáveis pela execução de cada fase.**

Anexar exames de imagens com laudo.

**Nas áreas de levantamento de seio, não serão liberados os códigos de enxerto ósseo.*

Descrição do planejamento:

Informar em detalhes todas as fases relativas ao tratamento cirúrgico e protético.
