



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA  
Estado de São Paulo  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
SAÚDE BUCAL

500

A4

**TÓPICOS A SEREM CONSIDERADOS NO ENCAMINHAMENTO PARA A PRÓTESE**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**Prótese Total Removível:**

1. O paciente possui rebordo alveolar adequado para receber a prótese? ( ) sim ( ) não
2. O paciente está livre de hiperplasias gengivais? ( ) sim ( ) não
3. O paciente está livre de alterações em mucosa e rebordos? ( ) sim ( ) não
4. O paciente teve resguardo de 30 dias após a última extração realizada? ( ) sim ( ) não
5. O paciente está utilizando próteses desgastadas ou com perda da DV? ( ) sim ( ) não
6. O paciente apresenta problemas de ATM? ( ) sim ( ) não
7. O paciente já concluiu o tratamento na Atenção Básica? ( ) sim ( ) não

**Prótese Parcial Removível:**

1. O paciente tem ausência de pelo menos dois dentes na arcada? ( ) sim ( ) não
2. Os dentes remanescentes possuem saúde endodôntica e periodontal? ( ) sim ( ) não
3. Os dentes pilares estão em condições favoráveis? ( ) sim ( ) não
4. O paciente está sem lesões bucais que prejudiquem sua saúde? ( ) sim ( ) não
5. O paciente possui rebordo alveolar compatível com a prótese? ( ) sim ( ) não
6. O paciente concluiu o tratamento na Atenção Básica? ( ) sim ( ) não

OBS.: \_\_\_\_\_

Data da conclusão da Atenção Básica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do encaminhamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do cirurgião-dentista