

**Anexo VIII - MODELO
DECLARAÇÃO DO RECEBIMENTO DE PRÓTESE DENTÁRIA**

Eu, _____,
CPF nº. _____ RG: _____, residente e domiciliado (a) na
Rua _____ nº. _____ Compl. _____, no
município de _____ declaro para os devidos fins que
recebi as Prótese(s) Dentária (s) instalada pela
empresa _____, conforme abaixo:

Prótese Mandibular:

() Total - () Parcial - () Removível - () Fixa

Prótese Maxilar:

() Total - () Parcial - () Removível - () Fixa

Declaro, ainda, que os serviços foram satisfatório e recebi do(a) profissional cirurgião-dentistas, Dr(a) _____
todas as orientações quanto aos cuidados de manutenção, higienização, formas e condições de uso, ciente de que ocorrendo qualquer situação que me venha causar desconforto no uso da(s) prótese(s), quanto a confecção, adaptação e ajustes, comunicarei a Secretaria de Saúde ou Setor de Saúde Bucal do Município, onde autorizaram o procedimento, para as devidas providências necessárias.

Nada mais a declarar.

_____, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do paciente (obrigatório)

**ESTE DOCUMENTO, APÓS PREENCHIDO, DEVERÁ ACOMPANHAR A GUIA DE
AUTORIZAÇÃO DA CONFECÇÃO DA PRÓTESE**