

(Anexo 05) **FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO PRÉVIA DE PRÓTESE (APP)**

Dentista: _____ CRO: _____
Clínica: _____ Data: ____/____/____
Paciente: _____ Código da carteira: _____
Telefone do paciente: _____ Dente: _____
Email do paciente: _____

☒ **Plano de tratamento (procedimentos protéticos a serem executados):**

Procedimento	Código	Procedimento	Código
☐ Provisória	85 400 076	☐ Cerômero	85 400 114
☐ Núcleo Metálico Fundido	85 400 220	☐ Coroa Total Metálica	85 400 149
☐ Núcleo de Preenchimento	85 400 211	☐ Restauração Metálica Fundida	85 400 556
☐ Pino Pré- fabricado	85 400 262		

Paredes dentais remanescentes ☐ M ☐ D ☐ V ☐ L ☐ P

☒ Endodontia realizada pelo próprio prestador. Sim () Não () Não se aplica ()

Critérios de avaliação	Avaliar todos os critérios cuidadosamente	Adequação		
		Sim	Não	Não se aplica
Periodontais	Ausência de doença periodontal com perda óssea.	☐	☐	☐
	Mobilidade.	☐	☐	☐
	Lesão de furca.	☐	☐	☐
	Espaço bilógico (distância de, no mínimo 3 mm entre término do preparo e nível ósseo).	☐	☐	☐
Endodontia	Ausência de lesão periapical.	☐	☐	☐
	Canal bem instrumentado.	☐	☐	☐
	Amplitude adequada.	☐	☐	☐
	Obturação com boa condensação lateral e nível apical dentro dos padrões técnicos de aceitabilidade.	☐	☐	☐
	Fratura de Limas ou Gates.	☐	☐	☐
Remanescente dental	Presença de paredes remanescentes suficientes para procedimento solicitado.	☐	☐	☐
	Integridade do assoalho da câmara.	☐	☐	☐
NMF ou pré-existente	Ocupa 2/3 do comprimento da raiz.	☐	☐	☐
	Alcança, pelo menos, metade do nível da raiz em osso.	☐	☐	☐
	Possui selamento apical de 3 a 05 mm.	☐	☐	☐
	O diâmetro do núcleo é igual ou levemente maior do que o do canal.	☐	☐	☐

Observações Adicionais: _____

Data: ____/____/____ _____

Dentista - CRO - Carimbo

Paciente