



## CHECK LIST DOCUMENTOS PARA CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL

BENEFICIÁRIO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ DATA DE RECEBIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

CRO- \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONES: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

	<b>ITEM</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
01	Parecer cirúrgico detalhado		
02	Exames de imagem		
03	Exames complementares		
04	Termo de consentimento informado		
05	Pedido de OPME com indicação de três fornecedores		
06	Relatório do cirurgião descrevendo a cirurgia		

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