

Anexo II-G – Ato Declaratório dos Serviços de Odontologia

RELAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS OFERECIDOS CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Razão Social: _____

Nome de Fantasia: _____

CNPJ/CPF: _____

Endereço: _____

Responsável Legal: _____ CPF: _____

Responsável Técnico: _____ CRM ou CRF/RR: _____

() Consultório individual () Clínica odontológica () Policlínica de saúde () Unidade de ensino

Quantidade de salas de atendimento odontológico: () Uma () Duas () Três ou mais.

Quantidade de equipo/cadeira odontológicos: () Um () Dois () Três ou mais.

Há laboratório de prótese dentária? () Sim () Não

Realiza sedação com óxido nitroso? () Sim () Não

PRINCIPAIS ESPECIALIDADES EXERCIDAS:

() Cirurgia buco-maxilo-facial () Odontologia para PNE () Prótese Dentária

() Cirurgia oral menor () Odontogeriatrics () Periodontia

() Dentística (clínica geral) () Odontopediatria () Patologia bucal

() Disfunção temporomandibular e dor orofacial

() Endodontia () Odontologia do trabalho

() Harmonização orofacial () Ortodontia/Ortopedia funcional dos maxilares

() Implantodontia () Radiologia odontológica e imagiologia

Outras: _____

RECURSOS HUMANOS: AUXILIARES DE SAÚDE E ADMINISTRATIVO:

() ASB () TSB () TPD (protético) () gerente () recepcionista () serviços gerais

QUANTO AOS ARTIGOS ODONTOLÓGICOS E À BIOSSEGURANÇA:

() Realiza a limpeza/esterilização de artigos médicos dentro da sala de atendimento.

() Dispõe de Central de Material e Esterilização-CME ou de sala para esterilização.

Quem realiza a desinfecção de superfícies na sala de atendimento, o processamento (limpeza/esterilização) dos artigos e o gerenciamento dos resíduos?

() ASB

() TSB

() Cirurgião-dentista

QUANTO AOS APARELHOS ODONTOLÓGICOS DE RADIAÇÃO IONIZANTE:

() Raios-X periapical(intraoral) () Não possui () Raios-X panorâmico/tomógrafo(extraoral)

Boa Vista: ____/____/____

Assinatura e carimbo
Proprietário/Responsável Técnico