

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Núcleo Metálico Fundido/ Pino Pré Fabricado

1. Nome da clínica: _____ Data do atendimento: ___ / ___ / ___

2 Nome do dentista: _____

3. Nome do paciente : _____

Número da guia : _____

4. Código do Procedimento: _____ Dente: _____

5. Descrição da Ocorrência :

Núcleo curto

Núcleo muito fino

Núcleo muito espesso

Espaço entre o núcleo e o material obturador

Outros

Observações adicionais:

6. Possibilidade de sucesso do tratamento: Favorável Desfavorável

7. Risco de fratura: Sim Não

Conclusão:

. O dente apresenta condições para prosseguimento do tratamento.

. A remoção do Núcleo Metálico Fundido envolve sério risco de fratura e perda do dente.

Ciente de todas as informações acima, considerando que meu dentista responsabiliza-se pela confecção do núcleo e por todas informações prestadas, e com todas as dúvidas devidamente esclarecidas, dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade, para realização do tratamento proposto.

_____, _____ de 20____

Paciente – Identidade – Telefone

Dentista - CRO – Carimbo

Responsável Técnico da Clínica – Carimbo