

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Prótese Parcial Removível

1. Nome do credenciado: _____ Data do atendimento: ___ / ___ / ___

2 Nome do dentista: _____

3. Nome do paciente: _____

Número da guia: _____

4. Código do Procedimento: _____ Dente: _____

5. Descrição da Ocorrência:

() Dente(s) de apoio sem suporte ósseo. Informar o (s) dente (s): _____

() Dente(s) envolvidos na PPR precisam de reabilitação protética. Informar o(s)

dente(s): _____

() Outros _____

Observações adicionais:

6. Possibilidade de sucesso do tratamento: Favorável Desfavorável

7. Opções de reabilitação e prognóstico:

Conclusão:

- O beneficiário está ciente de que o tratamento proposto apresenta limitações.

-O beneficiário e prestador estão cientes de que a periodicidade para esse procedimento através da operadora Copass Saúde é de **5(cinco) anos** e que qualquer intercorrência ou perda de elemento dental **não** acarretará na cobertura de uma nova prótese.

_____, _____ de 20____

Paciente – Identidade – Telefone

Dentista - CRO – Carimbo

Responsável Técnico da Clínica – Carimbo

Auditora Copass Saúde