

TERMO DE CONSENTIMENTO PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL

NOME BENEFICIÁRIO (A):

CARTÃO:

GUIA:

PRESTADOR:

1. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

DENTE(S):

2. DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA:

A. Dente(s) de apoio sem suporte ósseo adequado.

Especificar o(s) dente(s): _____

B. Dente(s) envolvidos na prótese parcial removível (PPR) necessitando de reabilitação protética.

Especificar o(s) dente(s): _____

C. Outros:

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

3. PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO:

☐ Favorável ☐ Desfavorável

7. OPÇÕES DE REABILITAÇÃO E RESPECTIVO PROGNÓSTICO:

CONCLUSÃO

Declara-se que:

- ⇒ O(a) beneficiário(a) foi devidamente informado(a) de que o tratamento proposto apresenta limitações clínicas, podendo haver intercorrências inerentes à condição bucal previamente existente.
- ⇒ O(a) beneficiário(a) e o(a) prestador(a) estão cientes de que a **periodicidade de cobertura** para o referido procedimento junto à operadora **Copass Saúde** é de **05 (cinco) anos**.
- ⇒ Estão igualmente cientes de que eventuais intercorrências, falhas, necessidade de substituição da prótese ou perda de elemento dental **não implicarão nova cobertura** pela operadora dentro do período estabelecido.

Assinatura do beneficiário ou responsável:

Local e data:

Carimbo e assinatura do dentista assistente: