

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:

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

Auditora Copass Saúde