

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