

(Anexo 32) FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO PRÉVIA DE CIRURGIA (APC)

Dentista: _____ CRO _____
Clínica: _____ Data: _____
Paciente: _____ Código da carteira: _____
Telefone do paciente: _____ Dente (s): _____

Plano de tratamento (procedimentos cirúrgico a serem executados):

Gentileza informar o código do procedimento cirúrgico planejado para cada elemento separadamente.

Procedimento					
<input type="checkbox"/>	Exodontia de dente incluso ou semi incluso impactado	82001286	<input type="checkbox"/>	Exodontia a retalho	82000816
<input type="checkbox"/>	Exodontia simples de dente permanente	82000875	<input type="checkbox"/>	Exodontia de resto residual	82000859
<input type="checkbox"/>	Exodontia simples dente permanente por indicação protética/ortodôntica				82000832

Eu _____, RG _____,
declaro estar ciente da necessidade de realizar tratamento Exodontia do dente _____,
conforme explicação do meu dentista _____, CRO _____

Dente(s) que será(ão) extraído(s)

Justificativa para a(s) exodontia de cada elemento a ser extraído:

Gentileza enviar cópia do encaminhamento do profissional solicitante, nos casos de exodontia simples de dentes permanentes por indicação protética/ortodôntica.

Observações adicionais: _____

Diante de todas as informações acima, com todas as dúvidas devidamente esclarecidas, dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade, para realização de exodontia e estou ciente dos riscos e da necessidade desse procedimento.

_____, _____ de _____ de 20____.

Paciente/ Identidade

Dentista responsável/ Carimbo

Responsável técnico/ Carimbo