

## TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Pelo presente instrumento declaro que, fui atendido (a) na Clínica ARAGON ODONTOLOGIA, na presente data e que fui suficientemente esclarecido (a), de forma clara e objetiva pelo meu (minha) dentista sobre a conclusão do procedimento Tratamento Endodôntico no elemento ..... 17 a que fui submetido (a).

Porém fui informado (a) também que durante a realização do tratamento ocorreu a seguinte intercorrência : (descrever caso clínico incluindo sintomatologia e prognóstico)

*substâncias de canal mural, fratura de lâmina no con-  
dut. Este não apresenta lesão no canal.*

*Paciente f/gz mas não x e 12/03/25 sem sintomas de*

Comprometo-me a fazer acompanhamento clínico e radiográfico deste tratamento a cada 6 meses, durante 2 anos.

Declaro também estar ciente das possíveis complicações, riscos e consequências bem como a possibilidade de perda do elemento dentário em função deste incidente que é considerado um risco previsto, embora não desejado, do tratamento endodôntico.

Declaro também ter sido informado (a) em linguagem leiga e clara sobre a ocorrência descrita acima, suas implicações, riscos e consequências. Concordo com a solução proposta e comprometo-me a comparecer para a avaliação de acompanhamento do meu tratamento e realizar os exames necessários que foram solicitados e a reabilitar (restauração/prótese) em até 30 dias a fim de evitar contaminação e/ou fratura do dente.

João Pessoa, ... 12 ... de ... 03 ... de ... 25

Assinatura do Paciente ou responsável: *Wledna Fabiana Silva*

Associado do Plano Odontológico: *Dentalix* Código: *002.0251201988.000051.01*

*Kathia A. Zamat*  
*CNPJ PR3102*

Aragon Odontologia

CNPJ 18.375.866/0001-42