

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)

subobstrução de canal mesial, fratura de linha no conduto. Este não apresenta luz no canal.

Paciente faz novo raio x em 12/03/25 sem sintoma de dor.

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 : Odontolix Código : 002.025.1201988.000001.01

.....
Dra. Kathia A. Zamat
C.R.O. PR 3102

Aragon Odontologia

CNPJ 18.375.866/0001-42