

Termo de Consentimento Informado - Endodontia
Fratura de Instrumento

Atesto que durante o tratamento endodôntico do dente 46 na fase de instrumentação, ocorreu acidentalmente fratura de lima endodôntica do tipo K a pical no terço distal e vestibular maior mesma encontra-se alojado no terço apical do(s) conduto(s) restaurar As tentativas de remoção não obtiveram sucesso então decidimos pelo sepultamento do mesmo, com prognóstico ☒ Favorável ou ☐ Desfavorável

O(s) conduto(s) polo obturado(s) sem intercorrências. fol/foram

Comprometo-me a fazer o acompanhamento clínico e radiográfico a cada 06 meses enquanto houver necessidade de reavaliação. O paciente está informado da situação e de suas possíveis consequências, bem como da possibilidade de perda do elemento dentário em função deste incidente que é considerado um risco previsto, embora não desejado, dos tratamentos endodônticos.

Assinatura e carimbo do CD executante

Declaro ter sido devidamente esclarecido (a) em linguagem não técnica e clara sobre a ocorrência descrita acima, suas implicações, riscos e consequências. Concorro com a solução proposta e comprometo-me a comparecer para a avaliação de acompanhamento do meu tratamento e realizar os exames necessários que forem solicitados.

SORINDO MAIS DE NITERÓI LTDA
CNPJ: 29.833.248/0001-15
Visconde do Rio Branco, 301 Aptº 01/02
Centro - Niterói - RJ
Tel: 2711-6743

Data: 13 / 08 / 2020

Beneficiário: Cláudia Gouvêa da Rocha Leal

Cartão de identificação: 00202526317100000101

Senha: 341409

Assinatura do Beneficiário/Responsável

Este termo deve ser preenchido, devidamente assinado e anexado à GTO (Guia de Tratamento Odontológico) correspondente.