



Tratamento para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-af



1335518  
INTERCÂMBIO

6414

3 Data de Emissão da Guia

11/01/02/12/13

4 Data de Autorização

12/13/01/21/12/13

5 Status

Autorizado

6 Número da Guia Original

108823920

7 Data Validade da Guia

11/11/01/15/12/13

8 Nome do Paciente

021012151315011210101010101011

9 Pos Rede Prestadora

10 Empresa

11 Data Validade da Carteira

12 Número da Carteira Nacional de Saúde

13 Nome do Paciente

14 Nome do Paciente

15 Nome do Paciente

16 Nome do Paciente

17 Nome do Paciente

18 Nome do Paciente

19 Nome do Paciente

20 Nome do Paciente

21 Nome do Paciente

22 Nome do Paciente

23 Nome do Paciente

24 Nome do Paciente

25 Nome do Paciente

26 Nome do Paciente

27 Nome do Paciente

28 Nome do Paciente

29 Nome do Paciente

30 Nome do Paciente

31 Nome do Paciente

32 Nome do Paciente

33 Nome do Paciente

34 Nome do Paciente

35 Nome do Paciente

36 Nome do Paciente

37 Nome do Paciente

38 Nome do Paciente

39 Nome do Paciente

40 Nome do Paciente

41 Nome do Paciente

42 Nome do Paciente

43 Nome do Paciente

44 Nome do Paciente

45 Nome do Paciente

46 Nome do Paciente

47 Nome do Paciente

48 Nome do Paciente

49 Nome do Paciente

50 Nome do Paciente

51 Nome do Paciente

52 Nome do Paciente

53 Nome do Paciente

54 Nome do Paciente

55 Nome do Paciente

56 Nome do Paciente

57 Nome do Paciente

58 Nome do Paciente

59 Nome do Paciente

60 Nome do Paciente

61 Nome do Paciente

62 Nome do Paciente

63 Nome do Paciente

64 Nome do Paciente

65 Nome do Paciente

66 Nome do Paciente

67 Nome do Paciente

68 Nome do Paciente

69 Nome do Paciente

70 Nome do Paciente

71 Nome do Paciente

72 Nome do Paciente

73 Nome do Paciente

74 Nome do Paciente

75 Nome do Paciente

76 Nome do Paciente

77 Nome do Paciente

78 Nome do Paciente

79 Nome do Paciente

80 Nome do Paciente

81 Nome do Paciente

82 Nome do Paciente

83 Nome do Paciente

84 Nome do Paciente

85 Nome do Paciente

86 Nome do Paciente

87 Nome do Paciente

88 Nome do Paciente

89 Nome do Paciente

90 Nome do Paciente

91 Nome do Paciente

92 Nome do Paciente

93 Nome do Paciente

94 Nome do Paciente

95 Nome do Paciente

96 Nome do Paciente

97 Nome do Paciente

98 Nome do Paciente

99 Nome do Paciente

100 Nome do Paciente

101 Nome do Paciente

102 Nome do Paciente

103 Nome do Paciente

104 Nome do Paciente

105 Nome do Paciente

106 Nome do Paciente

107 Nome do Paciente

108 Nome do Paciente

109 Nome do Paciente

110 Nome do Paciente

111 Nome do Paciente

112 Nome do Paciente

113 Nome do Paciente

114 Nome do Paciente

115 Nome do Paciente

116 Nome do Paciente

117 Nome do Paciente

118 Nome do Paciente

119 Nome do Paciente

120 Nome do Paciente

121 Nome do Paciente

122 Nome do Paciente

123 Nome do Paciente

124 Nome do Paciente

125 Nome do Paciente

126 Nome do Paciente

127 Nome do Paciente

128 Nome do Paciente

129 Nome do Paciente

130 Nome do Paciente

131 Nome do Paciente

132 Nome do Paciente

133 Nome do Paciente

134 Nome do Paciente

135 Nome do Paciente

136 Nome do Paciente

137 Nome do Paciente

138 Nome do Paciente

139 Nome do Paciente

140 Nome do Paciente

141 Nome do Paciente

142 Nome do Paciente

143 Nome do Paciente

144 Nome do Paciente

145 Nome do Paciente

146 Nome do Paciente

147 Nome do Paciente

148 Nome do Paciente

149 Nome do Paciente

150 Nome do Paciente

151 Nome do Paciente

152 Nome do Paciente

153 Nome do Paciente

154 Nome do Paciente

155 Nome do Paciente

156 Nome do Paciente

157 Nome do Paciente

158 Nome do Paciente

159 Nome do Paciente

160 Nome do Paciente

161 Nome do Paciente

162 Nome do Paciente

163 Nome do Paciente

164 Nome do Paciente

165 Nome do Paciente

166 Nome do Paciente

167 Nome do Paciente

168 Nome do Paciente

169 Nome do Paciente

170 Nome do Paciente

171 Nome do Paciente

172 Nome do Paciente

173 Nome do Paciente

174 Nome do Paciente

175 Nome do Paciente

176 Nome do Paciente

177 Nome do Paciente

178 Nome do Paciente

179 Nome do Paciente

180 Nome do Paciente

181 Nome do Paciente

182 Nome do Paciente

183 Nome do Paciente

184 Nome do Paciente

185 Nome do Paciente

186 Nome do Paciente

187 Nome do Paciente

188 Nome do Paciente

189 Nome do Paciente

190 Nome do Paciente

191 Nome do Paciente

192 Nome do Paciente

193 Nome do Paciente

194 Nome do Paciente

195 Nome do Paciente

196 Nome do Paciente

197 Nome do Paciente

198 Nome do Paciente

199 Nome do Paciente

200 Nome do Paciente

201 Nome do Paciente

202 Nome do Paciente

203 Nome do Paciente

204 Nome do Paciente

205 Nome do Paciente

206 Nome do Paciente

207 Nome do Paciente

208 Nome do Paciente

209 Nome do Paciente

210 Nome do Paciente

211 Nome do Paciente

212 Nome do Paciente

213 Nome do Paciente

214 Nome do Paciente

215 Nome do Paciente

216 Nome do Paciente

217 Nome do Paciente

218 Nome do Paciente

219 Nome do Paciente

220 Nome do Paciente

221 Nome do Paciente

222 Nome do Paciente

223 Nome do Paciente

224 Nome do Paciente

225 Nome do Paciente

226 Nome do Paciente

227 Nome do Paciente

228 Nome do Paciente

229 Nome do Paciente

230 Nome do Paciente

231 Nome do Paciente

232 Nome do Paciente

233 Nome do Paciente

234 Nome do Paciente

235 Nome do Paciente

236 Nome do Paciente

237 Nome do Paciente

238 Nome do Paciente

239 Nome do Paciente

240 Nome do Paciente

241 Nome do Paciente

242 Nome do Paciente

243 Nome do Paciente

244 Nome do Paciente

245 Nome do Paciente

246 Nome do Paciente

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Rafaelane Nascimento,  
declaro que fui suficientemente esclarecido pelo (a) cirurgião-dentista  
Dr(a) Cybele inscrito no CRO - \_\_\_\_ sob nº \_\_\_\_\_,  
de que necessito de (re)tratamento endodôntico (canal), no dente  
\_\_\_\_\_.

Declaro que compreendi e estou ciente sobre o método proposto, bem como as vantagens do mesmo comparado a exodontia (extração). Declaro ainda que compreendi e estou ciente dos riscos do (re) tratamento endodôntico, sendo alguns deles:

1. Desconforto, após o tratamento, que poderá durar horas ou alguns dias, sendo, às vezes, necessário o uso de medicamentos, que deverão ser prescritos oportunamente e cujo custo deverá ser integralmente suportado pelo paciente;
2. Edema (inchaço) na gengiva próximo ao dente tratado, ou edema facial que poderá persistir por alguns dias ou mesmo se prolongar;
3. Infecção;
4. Trismo (limitação de abertura da boca), que poderá persistir por alguns dias ou mesmo se prolongar;
5. Índice de insucesso de 5 a 10% nos tratamentos e de 15 a 40% nos retratamentos. Caso ocorra falha, poderá ser necessário o retratamento, cirurgia ou a exodontia (extração) do dente;
6. Possível ocorrência de fratura de instrumentos dentro da raiz do dente objeto do tratamento, ficando a critério e julgamento do cirurgião-dentista a decisão de retirar ou não o objeto através de cirurgia. Compreendi e aceito que cada caso será examinado pelo cirurgião -dentista, pois às vezes não é necessária a retirada do objeto;
7. Perfuração do canal radicular (raiz), com instrumentos, que poderá necessitar de cirurgia para correção;

Estou ciente ainda que, após o (re)tratamento endodôntico (canal), o dente tratado terá maior fragilidade natural, podendo ocorrer fratura durante ou no intervalo entre as sessões. Portanto, estou ciente de que deverei tomar todas as medidas e cautelas necessárias para a proteção de meu dente contra fraturas e contaminações, cuidando com a mastigação e fazendo a restauração do dente no prazo de trinta dias (30) contados da realização do (re)tratamento endodôntico (canal).

Caso eu não faça o tratamento de canal e mantenha o dente, eu poderei ter dor muito intensa, um abscesso, desenvolvimento ou disseminação de infecção para outras partes do organismo.





Estou ciente de que o cirurgião-dentista não pode dar garantia de que o tratamento de canal terá sucesso absoluto, pois, embora este tipo de tratamento tenha índice elevado de sucesso, trata-se de um procedimento biológico, com outros riscos naturais (ainda que raros), dependentes não só do dentista, mas também de fatores inerentes ao organismo do paciente, da correta restauração e retorno do dente a sua função.

Declaro que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidos no texto acima, e que me foram dadas explicações referentes a ele, e assim, manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento com o tratamento proposto pelo Dr. \_\_\_\_\_.

Belo Horizonte 19 / 09 / 23

Jamiane Wascimento

**Paciente**

Luís F. Ferreira Rosa

**Cirurgião-dentista**