

Endodontia - Intercorrência Obturação

Atesto que o tratamento e/ou retratamento endodôntico do dente 26 foi concluído, mas a obturação do(s) conduto(s) apresenta(m):

☐ subobturaç(ões) _____ mm Conduto(s): _____

☒ sobreobturaç(ões) – extravasamento de cimento Conduto(s): Palatino

☐ sobreobturaç(ões) – extravasamento de cone de guta percha Conduto(s): _____

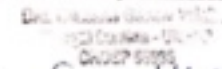
☐ presença de lesão periapical na(s) raiz(es): _____

O(s) conduto(s) vestibular foi/foram obturado(s) sem intercorrências.

O prognóstico do tratamento realizado é ☒ Favorável ou ☐ Desfavorável

Comprometo-me a fazer o acompanhamento clínico e radiográfico a cada 6 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.


Antônio Ferreira de Souza
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. Concordo 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.

Wesley Cassiano de Souza Barros
Assinatura do Beneficiário/Responsável

Data: 7/7/20

Beneficiário: Wesley Cassiano de Souza Barros

Cartão de identificação 0000259 02936 00000 101

Nº Guia - 333530

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