

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – ENDODONTIA
INTERCORRÊNCIA OBTURAÇÃO**

Atesto que o tratamento e/ou retratamento endodôntico do dente 16 foi concluído, mas a obtenção do(s) conduto(s) apresenta(m):

(☒) subobturado(s) 3mm mm Conduto(s): nenhuma obturação por o mesmo
costa cobrindo

() sobreobturado – extravasamento de cimento Conduto(s): _____

() presença de lesão periapical na raiz: _____

O(s) conduto(s) disto e íntimo a polodistal foi/foram obturados 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 da perda de elemento dentário.

Dra. Fernanda L. B. Barbosa
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 43091

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. Concorde com a solução proposta e comprometo-me a comparecer para avaliação de acompanhamento do meu tratamento e realizar os exames necessários que me forem solicitados.

Alfina Regina Gomes de Souza
Assinatura do Paciente/Responsável

Rio de Janeiro, 08 de 09 de 2010