

Para maiores informações faça contato conosco pelo Chat SulAmérica Odonto.

Este termo deve ser preenchido, devidamente assinado e enviado à GTD (Setor de Tratamento Odontológico) correspondente.

Senha: 562264

Cartão de identificação 00202599204400000101

Beneficiário: Flavio Sergio Concursao Motto

Data: 27/07/2021

Assinatura do Beneficiário/Responsável

Flavio Sergio Concursao Motto

Declaro ter sido devidamente esclarecido (a) em linguagem não técnica e clara sobre a ocorrência descrita acima, suas implicações, riscos e consequências, concuro 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.

Assinatura e carimbo do CD executor

Dr. André de Souza Alencar
CRM-OD-1785

SORRINDO MAIS DE NITERÓI LTDA
CNPJ: 29.833.248/0001-15
Centro - Niterói - RJ
Tel: 2733-6742

O paciente está informado da situação e de suas possíveis consequências, bem como da possibilidade de perda ou necessidade de reavaliação.

Comprometo-me a fazer o acompanhamento clínico e radiográfico a cada 6 meses enquanto houver

O prognóstico do tratamento realizado é ☒ Favorável ou ☐ Desfavorável

obturado(s) sem intercorrências.

us) coroados) uma restauração a mais ligada foi/foram

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

☐ sobreexposição(s) - comprometimento do cone de raios - panorâmico(s):

☐ sobreexposição(s) - extravasamento de cimento Conduto(s):

☒ subobturação(s) 1mm mm Conduto(s): distal

conduto(s) apresenta(m):

Ateste que o tratamento foi realizado em ambiente de saúde

Endodontia - Intercorrência Obturação

Termo de Consentimento Informado