

Termo de Consentimento Informado
Endodonte - Intercorrelação Obturação

Atesto que o tratamento e/ou retreamento endodôntico do dente 47 foi concluído, mas a obturação do(s) conduto(s) apressada(m):

- ☐ subobturação(ões) _____ mm Conduto(s):
☒ sobroobturação(ões) - extravasamento de cimento Conduto(s): Distal
☒ sobroobturação(ões) - extravasamento de cone de guta percha Conduto(s): Distal

☐ presença de lesão parápical na(s) raiz(es): _____
O(s) conduto(s) Mesiais obturado(s) sem intercarrências.
foi/foram

O prognóstico do tratamento realizado é ☐ Favorável ou ☐ Desfavorável

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

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

Assinatura e carimbo do OD encucante

Declaro ter lido devidamente o documento e/ou (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.

Assinatura do Beneficiário/Responsável
Gludson Ribeiro Regada

Data: 30/10/2008

Beneficiário: Gludson Ribeiro Regada
Cartão de identificação: 003499406356859
Série: 409810

Este termo deve ser preenchido, devidamente assinado e anexado à RTD (Boleto de Transferência Odontológica) correspondente.