

**TERMO DE ESCLARECIMENTO – ENDODONTIA e NMF REALIZADOS POR OUTRO PROFISSIONAL**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, declaro estar ciente da necessidade de realizar uma prótese em meu dente \_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), e de já possuir tratamento de canal e núcleo metálico fundido (NMF – pino) realizado por outro dentista, não apresentando, no momento, qualquer dor ou incômodo.

No exame clínico/radiológico do tratamento de canal e núcleo, meu dentista verificou:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presença de lesão periapical              | <input type="checkbox"/> Obturação aquém do ápice         |
| <input type="checkbox"/> Fratura de lima                           | <input type="checkbox"/> Obturação além do ápice          |
| <input type="checkbox"/> Desvio de conduto                         | <input type="checkbox"/> Extravasamento do Cone           |
| <input type="checkbox"/> Comprometimento periodontal / perda óssea | <input type="checkbox"/> Perfuração de raiz               |
| <input type="checkbox"/> Lesão de furca                            | <input type="checkbox"/> Atresia /Calcificação de conduto |
| <input type="checkbox"/> NMF curto                                 | <input type="checkbox"/> NMF largo                        |

Observações adicionais:

---

---

---

---

Possibilidade de sucesso do tratamento:  Favorável  Desfavorável

Ciente de todas as informações acima, e da avaliação favorável de meu dentista das condições do meu dente, com todas dúvidas devidamente esclarecidas, dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade, para realização do tratamento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE - IDENTIDADE

\_\_\_\_\_  
DENTISTA – CRO – CARIMBO