

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – ENDODONTIA**

1. Nome da clínica: \_\_\_\_\_
2. Data do atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. Nome do dentista: \_\_\_\_\_
4. Nome do paciente: \_\_\_\_\_
5. Número da guia: \_\_\_\_\_
6. Código do Procedimento: \_\_\_\_\_ Dente(s): \_\_\_\_\_
7. Descrição da Ocorrência:

- |  |  |
|--|--|
| <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 |

Justificativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações adicionais:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Possibilidade de sucesso do tratamento:  Favorável  Desfavorável

9. Período mínimo previsto para acompanhamento: 2 anos

**10. DECLARAÇÃO DO PACIENTE:**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, estou ciente das condições do canal do meu dente, e comprometo-me a agendar uma consulta e comparecer ao consultório de meu dentista de 6 em 6 meses para controle do caso.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

**11. DECLARAÇÃO DO CIRURGIÃO- DENTISTA**

Eu, \_\_\_\_\_ CRO: \_\_\_\_\_, responsabilizo-me pela execução e acompanhamento do tratamento de canal a que se refere esse termo, realizado por mim, pelo período de 2 anos, de 6 em 6 meses.

\_\_\_\_\_  
Assinatura - carimbo do CD \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data