

NOME BENEFICIÁRIO (A):

CARTÃO:

GUIA:

PRESTADOR:

Eu, _____, devidamente inscrito
(a) no CPF sob o número _____, declaro que fui devidamente
informado (a) sobre a necessidade de reabilitação protética do dente nº _____
(_____).

Declaro, ainda, que o referido elemento dentário já foi submetido previamente a:

() tratamento endodôntico (canal)

() núcleo metálico fundido ou Pino pré fabricado

Esses procedimentos foram realizados por outro profissional, não apresentando,
no momento, sintomatologia dolorosa ou desconforto.

Após avaliação clínica e radiográfica, fui informado(a) de que o tratamento
endodôntico e/ou núcleo existente apresentam as seguintes condições:

- | | |
|--|--|
| ☐ Presença de lesão periapical | ☐ Obturação aquém do ápice |
| ☐ Fratura de instrumento endodôntico (lima) | ☐ Obturação além do ápice |
| ☐ Desvio de conduto obturador | ☐ Extravasamento de material |
| ☐ Comprometimento periodontal / perda óssea | ☐ Perfuração radicular |
| ☐ Lesão de furca | ☐ Atresia / calcificação de conduto |
| ☐ Núcleo metálico fundido curto | ☐ Núcleo metálico fundido largo |

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO:

☐ Favorável ☐ Desfavorável

Declaro que recebi explicações claras e suficientes acerca das condições atuais do dente, dos riscos, limitações e prognóstico do tratamento proposto, bem como tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Diante disso, estando ciente de todas as informações acima e de forma livre e esclarecida, **AUTORIZO** a realização do tratamento protético indicado, sem o retratamento do canal ou remoção no núcleo/pino.

Assinatura do beneficiário ou responsável:

Local e data:

Carimbo e assinatura do dentista assistente: