

NOME BENEFICIÁRIO (A):

CARTÃO:

GUIA:

PRESTADOR:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

DENTE(S):

1. DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA:

- | | |
|--|--|
| ☐ 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 |

JUSTIFICATIVA:

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

2. PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO:

- ☐ Favorável ☐ Desfavorável

DECLARAÇÃO DO(A) PACIENTE

Eu, _____

—

portador(a) do RG nº _____, declaro que fui devidamente informado(a) acerca das condições do tratamento endodôntico (canal) do(s) dente(s) em questão, bem como da necessidade de acompanhamento clínico periódico.

Comprometo-me a comparecer às consultas de controle a cada 06 (seis) meses, pelo período mínimo de 02 (dois) anos, conforme orientação profissional, estando ciente de que o não comparecimento poderá comprometer o prognóstico do tratamento.

Assinatura do beneficiário ou responsável:

DECLARAÇÃO DO(A) CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA

Eu,

_____,

inscrito(a) no CRO sob o nº _____, declaro que sou responsável pela execução e/ou acompanhamento do tratamento endodôntico referido neste termo.

Comprometo-me a realizar o acompanhamento clínico do caso pelo período mínimo de 02 (dois) anos, com reavaliações semestrais, adotando as condutas necessárias conforme a evolução clínica do paciente.

Local e data:

Carimbo e assinatura do dentista assistente: