

# TERMO DE CONSENTIMENTO NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO OU PINO PRÉ-FABRICADO

**NOME BENEFICIÁRIO (A):**

**CARTÃO:**

**GUIA:**

**PRESTADOR:**

**1. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:**

A. Dente:

**2. DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA:** (marcar todas que se aplicam)

B. ☐ Núcleo curto

C. ☐ Núcleo muito fino

D. ☐ Núcleo muito espesso

E. ☐ Espaço entre núcleo e material obturador

F. ☐ Outros

**OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:**

**3. AVALIAÇÃO DO PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO:**

Possibilidade de sucesso do tratamento: ☐ Favorável ☐ Desfavorável

Risco de fratura do dente: ☐ Sim ☐ Não Justifique:

---

#### **4. CONCLUSÃO TÉCNICA:**

( ) O dente apresenta condições satisfatórias para prosseguimento do tratamento.

( ) A remoção do Núcleo Metálico Fundido ou Pino Pré-fabricado envolve sério risco de fratura e possível perda do dente.

#### **5. CONSENTIMENTO DO PACIENTE:**

Ciente de todas as informações acima, considerando que meu dentista é responsável pela confecção do núcleo, continuidade do tratamento e por todas as informações prestadas, atribuo meu consentimento de livre e espontânea vontade para realização do tratamento proposto.

**Assinatura do beneficiário ou responsável:**

**Local e data:**

**Carimbo e assinatura do dentista assistente:**