

# TERMO DE RESPONSABILIDADE DA ADAPTAÇÃO DA PEÇA OU COROA

**NOME BENEFICIÁRIO (A):**

**CARTÃO:**

**GUIA:**

**PRESTADOR:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Cirurgião Dentista, inscrito(a) no CRO nº \_\_\_\_\_,

declaro que realizei **reavaliação clínica e radiográfica** da restauração/coróia protética do dente nº \_\_\_\_\_.

## 1. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Após exame clínico criterioso, verificou-se que:

- ☐ Não há desadaptação marginal
- ☐ Não há infiltração aparente
- ☐ Não há mobilidade anormal
- ☐ Não há sintomatologia dolorosa à percussão ou mastigação
- ☐ Tecido gengival adjacente dentro dos padrões de normalidade

Em caso de alteração, descrever: \_\_\_\_\_

## 2. AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA

A imagem radiolúcida observada na região \_\_\_\_\_ é compatível com:

Não foram observados sinais radiográficos sugestivos de infiltração, falha protética ou comprometimento periapical ativo, quando aplicável.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nos achados clínicos e radiográficos, concluo que a restauração/coroa do dente nº \_\_\_\_\_ encontra-se **adequadamente adaptada e em conformidade com os princípios técnicos e biológicos preconizados pela literatura odontológica vigente.**

Declaro que o tratamento foi executado de acordo com as normas técnicas, respeitando os princípios de diagnóstico, planejamento e execução adequados ao caso clínico.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente.

Local e data:

**Assinatura do beneficiário ou responsável:**

**Carimbo e assinatura do dentista assistente:**