

NOME BENEFICIÁRIO (A):

CARTÃO:

PRESTADOR:

Eu, _____, Cirurgião dentista inscrito(a)
no CRO nº _____, declaro que, embora a restauração/coroa do dente nº
_____ apresente profundidade significativa, não há, no momento, indicação clínica
ou radiográfica para tratamento endodôntico.

Afirmo que foram realizados os testes de vitalidade pulpar pertinentes, bem como
respeitado o período de acompanhamento clínico necessário para adequada avaliação
diagnóstica. O elemento dentário apresenta resposta compatível com vitalidade pulpar
preservada, não evidenciando alterações radiográficas sugestivas de
comprometimento periapical, tampouco sintomatologia que contraindique a finalização
do tratamento restaurador.

CONCLUSÃO:

Com base nos achados clínicos e radiográficos, concluo que o dente encontra-se apto
à manutenção do tratamento restaurador, estando o paciente devidamente orientado
quanto à necessidade de acompanhamento e retorno em caso de qualquer alteração
sintomatológica.

Local e data:

Assinatura do beneficiário ou responsável:

Carimbo e assinatura do dentista assistente: