

TERMO DE ESCLARECIMENTO – ENDODONTIA e NMF REALIZADOS POR OUTRO PROFISSIONAL

Eu, _____ RG _____, declaro estar ciente da necessidade de realizar uma prótese em meu dente ____ (_____), e de já possuir tratamento de canal e núcleo metálico fundido (NMF – pino) realizado por outro dentista, não apresentando, no momento, qualquer dor ou incômodo.

No exame clínico/radiológico do tratamento de canal e núcleo, meu dentista verificou:

- | | |
|--|--|
| ☐ Presença de lesão periapical | ☐ Obturação aquém do ápice |
| ☐ Fratura de lima | ☐ Obturação além do ápice |
| ☐ Desvio de conduto | ☐ Extravasamento do Cone |
| ☐ Comprometimento periodontal / perda óssea | ☐ Perfuração de raiz |
| ☐ Lesão de furca | ☐ Atresia / Calcificação de conduto |
| ☐ NMF curto | ☐ NMF largo |

Observações adicionais:

Possibilidade de sucesso do tratamento: ☐ Favorável ☐ Desfavorável

Ciente de todas as informações acima, e da avaliação favorável de meu dentista das condições do meu dente, com todas dúvidas devidamente esclarecidas, dou meu consentimento, de livre e espontânea vontade, para realização do tratamento.

_____, ____ de _____ de 20____.

PACIENTE – IDENTIDADE

DENTISTA – CRO – CARIMBO