

Nome do prestador: _____

Nome do Profissional: _____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____

Dente(s): _____

Código do Procedimento: _____

Avaliação clínica/radiológica:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NMF ou pino pré-fabricado curto | <input type="checkbox"/> Fratura de lima |
| <input type="checkbox"/> NMF ou pino pré-fabricado largo | <input type="checkbox"/> Lesão Periapical |
| <input type="checkbox"/> Comprometimento periodontal | <input type="checkbox"/> Tratamento endodôntico aquém do ápice |
| <input type="checkbox"/> Lesão de furca | <input type="checkbox"/> Tratamento endodôntico além do ápice |
| <input type="checkbox"/> Desvio de conduto | <input type="checkbox"/> Atresia/Calcificação de conduto |
| <input type="checkbox"/> Perfuração de raiz | |

Total de campos assinalados: _____

Opção de tratamento decidida entre o dentista e o paciente:

1. Retornar ao profissional que executou o trabalho existente
2. Refazer o trabalho existente para dar sequência ao tratamento.
3. Manter o trabalho existente para dar sequência ao tratamento.

Risco: _____

Prognóstico (possibilidade de sucesso do tratamento):

Período mínimo previsto para acompanhamento: _____**Declaração do Paciente:**

Eu, _____, fui esclarecido e entendi as condições do diagnóstico e do prognóstico do meu caso clínico. Estou ciente dos riscos e objetivos do tratamento escolhido.

Assinatura do paciente

Declaração do dentista que realizou o procedimento:

Eu, _____, CRO _____ responsabilizo-me pela execução e acompanhamento do tratamento a que se refere esse termo, realizado por mim, pelo período de 2 anos, de 6 em 6 meses.

_____, ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo