

Nome do prestador: _____

Nome do Profissional: _____

Nome do Paciente: _____

Matrícula: _____

Dente(s): _____

Código do Procedimento: _____

Avaliação da ocorrência:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presença de lesão periapical | <input type="checkbox"/> Obturação aquém do ápice |
| <input type="checkbox"/> Fratura de lima | <input type="checkbox"/> Obturação além do ápice |
| <input type="checkbox"/> Desvio de conduto | <input type="checkbox"/> Extravasamento do cone |
| <input type="checkbox"/> Comprometimento periodontal/perda óssea | <input type="checkbox"/> Atresia/Calcificação de conduto |
| <input type="checkbox"/> Lesão de furca | <input type="checkbox"/> Perfuração de raiz |

Total de campos assinalados: _____

Observações adicionais: _____

_____**Prognóstico (possibilidade de sucesso do tratamento):** _____

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

Eu, _____ fui esclarecido sobre as condições do canal, riscos, opções de tratamento e comprometo-me a agendar uma consulta de 6 em 6 meses para controle do caso.

Assinatura do paciente**Declaração do dentista que realizou o procedimento:**

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

_____, ____ / ____ / ____
Assinatura e Carimbo