

TERMO DE RESPONSABILIDADE INFORMADA BRUXISMO/PLACA MIORRELAXANTE

Através de avaliação clínica realizada pelo(a) Dr.(a) _____, em ____ / ____ / ____, foi diagnosticado que o senhor(a) _____, R.G. _____ e CPF _____, é portador de Bruxismo e se compromete, após a realização das restaurações, e/ou coroa, nos dentes e faces discriminados abaixo, a providenciar a instalação de Placa Miorrelaxante (procedimento não coberto pelo plano AESP ODONTO), para tratamento do Bruxismo, visto que sem o mesmo o risco de fratura, ou perda das restaurações/coroas realizados será iminente.

Caso o senhor(a) _____ não providencie a instalação da Placa Miorrelaxante, ou venha a fraturar e/ou “perder” as restaurações por falta de uso, ou utilização inadequada da placa, o dr.(a) _____ e a AESP ODONTO não poderão ser responsabilizados, nem penalizados, o paciente deverá arcar com os custos para refazer as restaurações e/ou coroas.

Abaixo a relação de dentes, faces e tratamentos realizados:

Dente	Faces	Procedimentos Realizados	Data de realização

_____, _____ de _____ de _____.

Nome, assinatura e CPF.