

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 AESPODONTA), 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	Procedimento Realizado	Data da Realização

_____, _____ de _____ de 2022.

Nome, Assinatura e CPF