

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO ENDODÔNTICO

1. Eu, \_\_\_\_\_, na condição de paciente ou de responsável pelo paciente carteirinha \_\_\_\_\_, que se encontra em tratamento nesse consultório, com a GTO \_\_\_\_\_, AUTORIZO o profissional Dr(a) \_\_\_\_\_ a realizar o tratamento e/ ou retratamento do(s) seguinte(s) elemento(s) \_\_\_\_\_.

3. Estou ciente que o tratamento endodôntico é realizado no consultório, desde que o paciente apresente condições clínicas favoráveis para tal procedimento.

4. Fui informado que todo procedimento pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato.

5. Estou ciente e de acordo que devo realizar acompanhamento clínico e radiológico de acordo com as orientações recebidas e realizar a reabilitação do dente de acordo com o planejamento apresentado em no **máximo 30 dias** após a conclusão do tratamento endodôntico, visando o não comprometimento do tratamento já realizado.

6. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo, autorizando a realização dos procedimentos necessários e assumindo os riscos inerentes.

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_, CRO \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/ responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

-----  
Ass. do Paciente/ Responsável

-----  
Cirurgião Dentista  
Ass. e Carimbo