

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, \_\_\_\_\_, paciente (ou responsável legal do (a) menor \_\_\_\_\_), CPF nº \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, declaro que o (a) cirurgião (ã)-dentista \_\_\_\_\_, devidamente inscrito (a) no CRO PE sob o nº \_\_\_\_\_, com consultório à \_\_\_\_\_, profissional escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e custos, constante em meu prontuário declaro que:

I- A ficha de anamnese apresenta informações que correspondem à realidade dos fatos, não tendo omitido informações, ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e podem alterar o planejamento e andamento de tratamento, podendo ocasionar danos irreversíveis à minha saúde;

II- Considerando minha queixa principal e, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, o (a) profissional me esclareceu sobre o diagnóstico e planejamento de tratamento, com alternativas e informações claras sobre os objetivos e riscos do planejamento escolhido, bem como sobre minha responsabilidade de colaborar e contribuir para o tratamento;

III- É de meu conhecimento de que o tratamento proposto será realizado aproximadamente em (especificar período) \_\_\_\_\_, podendo, todavia, sofrer alteração de prazo, de acordo com eventual complexidade que o caso apresentar no decorrer do tratamento, bem como pela resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, assiduidade às consultas e seguimento das orientações fornecidas pelo (a) profissional;

IV- Declaro, ainda, que estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido;

V- Declaro que estou ciente de que deverei comparecer pontualmente no consultório do(a) profissional, nas sessões, previamente agendadas, devendo seguir, rigorosamente, as prescrições, encaminhamentos a outros especialistas da área odontológica ou profissionais da área de saúde e demais orientações fornecidas pelo(a) profissional, sob pena de ser declarado interrompido o tratamento;

VI- É de meu conhecimento de que devo informar ao (à) profissional qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução;

VII- Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do meu organismo e de minha colaboração, assim como da própria limitação da ciência, assumindo responsabilidade pelos serviços prestados;

VIII- Caso seja solicitada a devolução da documentação radiográfica e outros exames, o (a) profissional se compromete a me devolver os documentos originais, após sua duplicação para arquivo do consultório.

IX- Declaro estar ciente do plano de tratamento odontológico em anexo, também de possíveis alterações e intercorrências que por ventura venham a ocorrer e concordo com a possibilidade, se necessária, da realização de extrações parciais ou totais de dentes, que somente serão realizadas após meu consentimento expresso;

X- Fui esclarecido (a) que, caso o tratamento proposto, durante a sua execução ou ao final, não alcançar a perspectiva almejada, com cura da doença ou reabilitação necessária, o profissional apresentará esclarecimentos, a todo instante, sobre as limitações enfrentadas propondo alternativas, quando houver;

XI- Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que minhas condições atuais de saúde bucal ou geral se apresentam da seguinte forma: \_\_\_\_\_

(O CD deverá descrever as particularidades do caso do paciente, apontando eventuais limitações, fragilidades, complicações e outros fatores externos ou internos que possam interferir no planejamento apresentado e na continuidade do tratamento);

XII- Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que em razão das condições descritas no item anterior, deverei observar os seguintes cuidados:

\_\_\_\_\_ (Neste tópico o CD descrever quais cuidados o paciente deverá adotar para que a finalização e manutenção do tratamento seja satisfatória ou próxima do que se pretende alcançar);

XIII- Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que o tratamento escolhido apresenta os seguintes riscos:

\_\_\_\_\_ (O CD deverá descrever quais riscos dos procedimentos clínicos ou cirúrgicos que serão realizados);

XIV- Declaro, ainda, que tenho conhecimento de que ao término do tratamento deverei retornar para consultas de acompanhamento de acordo com os critérios estabelecidos pelo profissional, visando resguardar e manter o tratamento realizado, sendo certo que não é possível garantir o tempo de durabilidade dos procedimentos odontológicos, pois referida avaliação deverá observar as condições de minha saúde e eventuais alterações bucais, hábitos em geral, adequada higienização oral, além de outros fatores internos ou externos que podem danificar o serviço prestado. O

profissional não se eximirá de avaliar eventual dano ou prejuízo sofrido e alegado, reparando-o, quando o caso, dentro do limite de sua responsabilidade;

XV- Por fim, declaro que permito a utilização do meu prontuário para uso em publicações científicas ou com finalidade acadêmica, permitindo a exibição de imagens e exames com finalidade didático-acadêmicas, conforme previsto no Código de Ética Odontológica.

\_\_\_\_, \_ de \_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou seu Responsável legal

MODELO