

Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

PACIENTE: _____

RG de nº _____ CPF _____.

RESPONSÁVEL LEGAL: _____ RG
de nº _____ CPF _____.

CLÍNICA _____ EPAO _____

CIRURGIÃO-DENTISTA _____

CRO-UF _____ CPF/ CNPJ _____.

Declaro, de forma voluntária, livre e esclarecida, por meio deste Termo de Consentimento, que recebi todas as informações e explicações sobre o meu caso clínico e sobre a minha condição de saúde atual, de forma compreensível e com linguagem não técnica, em avaliação profissional geral e específica, reconhecendo terem sido a mim esclarecidas as principais alternativas indicadas para o meu tratamento, e as respectivas técnicas melhor adequadas para as minhas necessidades, na forma registrada abaixo, nos itens 1 a 9, bem como ter conversado com o Profissional Assistente sobre os aspectos importantes de cada uma destas possibilidades de tratamento, em explicações detalhadas sobre pontos positivos (benefícios e vantagens), pontos negativos (possíveis malefícios ou desvantagens), limitações, riscos específicos dos procedimentos, custos e etapas/passos de cada um dos procedimentos ofertados e, em reforço e retomada de orientações, sobre aqueles que foram de minha escolha informada e consciente.

Assumo o compromisso de comparecer às consultas/sessões agendadas, de buscar marcar os atendimentos de forma contínua, sem interrupções injustificadas, de seguir as recomendações/prescrições diversas, sejam estas passadas para antes ou para após atendimentos (pré e/ou pós-operatórias), de tomar os devidos cuidados com a higienização bucal e com a região tratada, a cada procedimento realizado, em atenção às orientações que receber durante o tratamento e em cuidados preventivos após este.

Estou ciente de que deverei realizar exames auxiliares/complementares que me forem solicitados, no tempo indicado ou no menor prazo possível, reconhecendo serem estes fundamentais para o desenvolvimento do tratamento e o devido acompanhamento de minha saúde bucal.

Sei que não é possível ao Cirurgião-dentista se comprometer a um fim ou resultado específico com relação aos procedimentos de tratamento a que me submeterei, mas que serão aplicados por ele, com zelo e eficiência, conforme as técnicas conhecidas e aceitas para uma prática odontológica de acordo com a atual ciência consagrada. Nesse sentido, aponto que estou ciente de poder algum tratamento, portanto, não alcançar o objetivo esperado, bem como de que foi comigo discutido sobre poderem os tempos de cada procedimento/tratamento ou períodos de recuperação ser apenas estimados, não precisos, por haver interferência de fatores como a resposta individual de meu organismo e minha efetiva frequência e participação no tratamento.

Especificamente sobre o tratamento planejado, estou ciente:

1 - Tratamento proposto e técnica(s) escolhida(s):

2 - Objetivos esperados com o tratamento e prazo estimado:

3 - Aspectos positivos:

4 - Riscos e complicações inerentes aos procedimentos, possíveis reações adversas ou aspectos negativos:

5 - Eventuais possíveis outros procedimentos/tratamentos em caso de necessidade de alteração do planejamento inicial ou de complicações no tratamento proposto/realizado:

6 - Riscos e consequências em caso de não realização do tratamento proposto por decisão do paciente:

7 - Limitações do caso clínico e/ou de técnicas propostas:

8 - Conduta a ser adotada em caso de eventual insucesso do tratamento:

9 - Apontamento específico relevante:

DECLARO ter recebido do Profissional Assistente e/ou de sua Equipe todas as informações claras, precisas e compreensíveis sobre o tratamento pelo qual optei, detalhadas nos itens 1 a 9, e reconheço que todas as dúvidas que manifestei foram esclarecidas. Estou ciente de que a resposta do meu organismo é individual e não totalmente previsível, assim como de que os eventuais riscos e intercorrências acima descritos são possíveis de ocorrer durante o tratamento. DOU, portanto, MEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para a realização do tratamento, e comprometo-me a seguir rigorosamente as orientações relativas à minha participação, em especial, com relação às instruções de higienização, de alimentação, de limitação de hábitos e de atenção aos cuidados durante o tratamento, para que os objetivos planejados possam ser buscados e alcançados.

Local e data.

Paciente/Responsável Legal Cirurgião-dentista

Obs.: RECOMENDA-SE QUE, NOS CASOS DE PROCEDIMENTOS DE MAIOR COMPLEXIDADE, RISCO DE SEQUELAS E EM TRATAMENTO DE ALTO CUSTO, SEJA REGISTRADA EM ÁUDIO E VÍDEO (FILMADA) A CONSULTA DE ESCLARECIMENTO E ASSINATURA DE CONSENTIMENTO, PARA MAIOR FIDEDIGNIDADE EM UMA EVENTUAL NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. (Apagar esta observação no uso do modelo)