

Eu \_\_\_\_\_ nº de identidade \_\_\_\_\_, órgão expedidor/Estado: \_\_\_\_\_, paciente / responsável (grau de parentesco) \_\_\_\_\_ declaro que:

1º) Fui informado(a) pelo(a) médico/odontólogo(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram o(s) seguinte(s) diagnóstico(s) \_\_\_\_\_;

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s); Estou ciente de que, durante o(s) procedimento(s) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas, assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) ou fortuitas;

4º) Estou ciente de que em procedimentos como o meu podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, alergias, problemas cardiovasculares, respiratórios e morte. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

5º) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s) será necessário o emprego de anestesia local que será administrada pela própria equipe de cirurgia. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos locais pode causar complicações, ainda que isto seja pouco freqüente.

6º) **Por livre iniciativa autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo**, incluindo-se os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis, emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a concretude singular de cada evento de acordo com o julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela medicina/odontologia e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s) .

7º) Estou ciente de que o exercício da medicina/odontologia é uma atividade de meio e não de fim, portanto, nem sempre será possível obter um resultado ideal pois a principal intenção é a preservação da vida;

8º) Esta autorização é dada ao(a) médico(a)/odontólogo(a) \_\_\_\_\_ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

9º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura e **estou ciente de que posso desistir da realização deste procedimento a qualquer momento, devendo para isso, avisar imediatamente ao cirurgião e ao hospital.**

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

**DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO/ODONTÓLOGO (A)**

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os riscos, os benefícios e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos. Confirmando ainda que o explicado foi totalmente compreendido e que estou entregando este Termo de Consentimento Informado nesta consulta, devendo este documento ser entregue ao hospital no dia da internação, junto com os demais documentos e exames.

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

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico/Odontólogo (a): \_\_\_\_\_ CRM/CRO: \_\_\_\_\_