

Eu _____ Data de nascimento: ___/___/___.

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

1º) Fui informado(a) pelo(a) 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 que será administrada pelo anestesiológico. Compreendo e aceito que a administração de anestésicos 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) 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 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 Odontólogo (a): _____ CRO: _____