TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu,

 , paciente (ou responsável legal do (a) menor ou incapaz ), RG nº , CPF nº , nascido(a) em / / , declaro que:

1. - Respondi a ficha de anamnese conforme a realidade dos fatos, não tendo omitido informações, tendo ciência de que a omissão de dados sobre a saúde geral e bucal do paciente pode alterar o planejamento e andamento do tratamento odontológico, além de ocasionar danos irreversíveis à saúde do mesmo;
2. - Fui esclarecido (a) pelo(a) Dr (a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, sobre o diagnóstico e planejamento de tratamento, com alternativas e informações claras sobre os objetivos e riscos do tratamento escolhido, bem como sobre minha responsabilidade em colaborar e contribuir para o tratamento;
3. - Tenho ciência do plano de tratamento odontológico abaixo descrito e também de possíveis alterações e intercorrências que por ventura venham a ocorrer. Tenho conhecimento, ainda, que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do organismo do paciente e da colaboração do mesmo, assim como da própria limitação da ciência, uma vez que a Odontologia não é uma ciência exata;

Plano de Tratamento:

1. - 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 dentista apresentará esclarecimentos sobre as limitações enfrentadas, propondo alternativas, quando houver. Fui informado, ainda, que o tratamento proposto está sujeito aos seguintes riscos e intercorrências:
2. - O dentista esclareceu que as condições atuais de saúde bucal ou geral do paciente se apresentam da seguinte forma:

(*Descrição das particularidades do caso do paciente, com apontamento de eventuais*

*limitações, fragilidades, complicações e outros fatores que possam interferir no planejamento apresentado e na continuidade do tratamento*)

1. - Fui orientado (a) sobre os seguintes cuidados que o paciente deverá observar:

*(Descrição dos cuidados que o paciente deverá adotar para que a finalização e*

*manutenção do tratamento seja satisfatória ou próxima do que se pretende alcançar)*

7- Estou ciente que os atendimentos possuem planejamento quanto ao prazo de duração, sendo que caso eu atrase na chegada, o atendimento poderá não ocorrer na data marcada ou poderá ter seu tempo reduzido em razão do atraso;

8- Fui informado (a) que, caso não seja possível comparecer ao atendimento agendado, deverei avisar com antecedência;

9- Fui informado (a) sobre os custos do tratamento, bem como que os mesmos poderão ser alterados, inclusive sendo majorados, caso sejam necessários procedimentos complementares ao tratamento inicialmente planejado.

10- Fui informado sobre a utilização das imagens de exames e procedimentos, sendo garantido meu anonimato e a confidencialidade dos dados pelo que:

Autorizo (\_\_\_\_) Não autorizo (\_\_\_\_) a utilização das imagens de exames e procedimentos em mim realizados.

11- Declaro que este Termo de Consentimento me foi entregue em duas vias para serem assinadas por mim e pelo profissional responsável, uma das quais ficará em meu poder.

Estas informações foram fornecidas a mim, e tendo entendido o significado do plano de tratamento e os riscos inerentes a ele, declaro estar devidamente informado nos termos da Lei Nº 8.078/90 art. 6 inciso III do Código de Defesa do Consumidor, da Resolução CFO-118/2012 do Código de ética Odontológica, artigos II inciso X, 44 inciso VI, 50 incisos VI e VII, sobre Direitos do Paciente em matéria de informação, tendo tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas em uma entrevista pessoal com o Dr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10 - Tenho ciência que este termo tem teor contratual, e não apenas narrativo, e que os aceito por minha própria, livre e consciente vontade.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Assinatura do Paciente ou Responsável