

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Júnicus Jofato, declaro que fui suficientemente esclarecido pelo cirurgião-dentista Guilherme Del Corso Komit, inscrito no CRO-SP sob nº 141713 sobre os procedimentos clínicos necessários para a realização de meu tratamento. Declaro ainda que comprehendi o diagnóstico, prognóstico, proservação, riscos e objetivos do plano de tratamento indicado ao meu caso clínico, bem como que o sucesso de referido plano dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada. Estou ciente de que deverei seguir estritamente às prescrições, encaminhamentos e demais solicitações efetuadas pelo cirurgião-dentista, devendo ainda comparecer a todas as consultas agendadas, sob pena de o plano de tratamento não atingir seus objetivos. Tenho ciência de que, ainda que cumpridas todas as prescrições, encaminhamentos e demais solicitações, o plano de tratamento poderá ser alterado, com a mudança da técnica empregada ou necessidade de intervenções diversas daquelas já constantes do plano, confiando no julgamento do profissional para tais alterações, que desde logo autorizo. Certifico que tive a oportunidade de discutir com o profissional o histórico médico-odontológico, tendo preenchido uma ficha de anamnese com informações fiéis a realidade e pelas quais me responsabilizo integralmente. Estou ciente de que os resultados do plano de tratamento dependerão de minha conduta diligente durante todo o tratamento, bem como da resposta biológica de meu organismo, razão pela qual autorizo a realização de referido tratamento, bem como de demais intervenções, se necessárias.

Declaro ainda que abro mão da posse de exames radiográficos, tomográficos, ou quaisquer outros que se fizerem necessários para o planejamento de meu caso clínico, passando a posse dos mesmos para o Dr. Guilherme Del Corso que irá mantê-los em seu poder com os objetivos legais e didáticos. Declaro também que autorizo a realização de fotografias e slides que se fizerem necessários ao meu tratamento e que tais documentos também deverão permanecer em posse do Dr. Guilherme Del Corso, com a mesma finalidade dos exames descritos acima.

Certifico que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidos no texto acima, e que me foram dadas explicações referentes a ele, e assim, manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento com o seguinte tratamento odontológico:

Use de Brackets preciso Roth Max metálicos
iniciando pelo dia 05/4 niti seguindo uma sequência
de dias Niti e eco. Passando pelas fases: Alinhamento
nivelamento, mecânicos, finalização, intercuspidão
Cor e Contorno: Monoblock placas de acetato sepeis
e inferior Contorno placa 3x3 (Canino a Canino)

nas etapas de fixação e remoção das placas e
de descolamento das placas e

consultas programadas pelo cirurgião-dentista devendo haver a
disponibilidade de atendimento em caso de emergência.

Assinatura: Bonatti, 19/102/2025.

deverá solicitar ao dentista o plano de tratamento básico com a indicação de
recursos disponíveis ou necessidade de intervenções adicionais na conservação do
envelope dentário ou para o tratamento das alterações que possam surgir logo
nesta etapa. Consulta deve ser realizada no momento da instalação das placas e
solicitar. Certifico que é a sua a disposição o dentista para

clinica Jonicus Odonto
Paciente

obrigado a fornecer informações claras e objetivas sobre as
condições do plano de tratamento e das etapas de execução dentro de

intervalos de tempo entre as etapas de tratamento e a realização de
intervenções, para como a sua orientação é de grande

Dra. Giovanna Dal Corso
Cirurgião-Dentista
CRMSP 141713

decidir o tratamento de acordo com o seu diagnóstico, prestando assistência
de forma ética e competente.

Assinatura: Dra. Giovanna Dal Corso
com a mesma finalidade das etapas descritas acima

de acordo com o seu diagnóstico, prestando assistência de forma ética e competente.

Assinatura: Dra. Giovanna Dal Corso
com a mesma finalidade das etapas descritas acima