

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, [nome\_do\_paciente], portador(a) do RG nº[rg\_paciente] , CPF nº[cpf\_paciente] , residente a [endereço\_cliente], declaro que o (a) cirurgião(ã)-dentista Beatriz Demarch Siqueira Campos , devidamente inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo sob o nº 113097, com consultório à Humberto Jose Fernando Notari, 475, Itapetininga , SP, CEP 18213-450, profissional escolhido para realizar o tratamento descrito no planejamento de tratamento e planejamento de custos, constante em meu prontuário, cuja cópia encontra-se em meu poder e sob a minha guarda, declaro que:

A ficha de anamnese foi por mim preenchida e assinada, apresentando informações que correspondem à verdade dos fatos, especialmente no que diz respeito às minhas condições da saúde geral e bucal, não tendo omitido ou suprimido qualquer dado quanto a doenças pré-existentes e que sejam de meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos controlados ou não, ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e sobre o uso de medicamentos pode interferir negativamente no planejamento e andamento de tratamento, na resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, podendo ocasionar danos irreversíveis à minha saúde bucal e geral, inclusive quando do uso de substâncias medicamentosas utilizadas durante o procedimento odontológico ou prescritas no transcorrer do tratamento, que podem dar causa à problemas cardíacos, alergias e até a morte;

Considerando minha queixa principal e, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, o (a) profissional me esclareceu sobre o diagnóstico e planejamento de tratamento, com alternativas e informações claras sobre os objetivos e riscos do planejamento terapêutico escolhido, bem como sobre minha responsabilidade de colaborar e contribuir para o tratamento que será executado;

*É de meu conhecimento de que devo informar ao(à) profissional qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução; mantendo meus dados cadastrais sempre atualizados e informando eventuais mudanças de endereço, telefone etc;*

*O (a) cirurgião-dentista declarou que a técnica proposta e demais materiais que serão utilizados no meu tratamento possuem efetiva comprovação científica, respeitando o mais alto nível profissional, o estado atual da ciência e sua dignidade profissional, sendo uma das alternativas de tratamento indicadas para o meu caso;*

*Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do meu organismo ao tratamento e de minha colaboração, assim como da própria limitação da ciência, sendo certo que o (a) profissional se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento proposto e aprovado, assumindo responsabilidade pelos serviços prestados, resguardando a minha privacidade e o necessário sigilo profissional, além de zelar por minha saúde e dignidade;*

*Tenho conhecimento de que o (a) cirurgião-dentista possui o dever de elaborar e manter atualizado o meu prontuário, conservando-o em arquivo próprio, me garantido acesso ao mesmo, sempre que for expressamente solicitado, podendo conceder cópia do documento, mediante recibo de entrega. Caso seja solicitada a devolução da documentação radiográfica e outros exames, o(a) profissional se compromete a me devolver os documentos originais,*

após sua duplicação para arquivo do consultório. Se o(a) profissional tiver suportado o custo dos exames, tenho ciência de que deverei arcar com o custo da duplicação;

Declaro estar ciente do plano de tratamento odontológico em anexo, também de possíveis alterações que por ventura venham a ocorrer e concordo com a possibilidade, se necessária, da realização de extrações parciais ou totais de dentes, que somente serão realizadas após meu consentimento expresso;

Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que minhas condições atuais de saúde bucal ou geral se apresentam da seguinte forma: \_\_\_\_\_ Apresento falha dentaria nos molares inferiores, limitando o tratamento com total correção de classe.

Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que em razão das condições descritas no item anterior, deverei observar os seguintes cuidados: após o término do tratamento ortodôntico, devo reabilitar com próteses sob implantes ou próteses fixas (com ponticos) na região dos

---

\_Me comprometo a reabilitar as regioes 36, e 47 \_\_\_\_\_

Informo que fui esclarecido(a) a respeito dos cuidados pós-tratamento reabilitador protético que devo manter com o intuito de preservar a durabilidade do serviço odontológico realizado na etapa cirúrgica e na etapa protética, sendo que esta última foi realizada com o material acordado, de acordo com o tamanho e cor dos elementos dentários previamente aprovados; Estou ciente da importância da manutenção diária de higienização oral, como orientado pelo (a) profissional, bem como que o hábito de fumar pode prejudicar a durabilidade dos implantes, podendo gerar a perda dos mesmos, além de causar prejuízos à peça protética e a toda cavidade bucal;

Estou ciente de que todo ser humano pode sofrer alterações hormonais, alterações psicológicas e neurológicas, assim como alterações externas, como traumas e outros, que venham a influenciar diretamente nas condições de saúde geral e bucal, no equilíbrio necessário das articulações temporomandibulares, o que pode ocasionar, por diversos fatores, o desenvolvimento de bruxismo e apertamento dos elementos dentários, com consequente desgaste dos elementos dentários naturais e dos protéticos, assim como perda óssea ou radicular, mobilidade dentária ou dos implantes, fratura de coroas dentárias ou das peças protéticas, fratura de raízes e até a perda dos implantes instalados e dos elementos dentários naturais;

O trabalho odontológico que será instalado tem como princípio observar e restabelecer o equilíbrio de oclusão, a fim de garantir a função de reabilitação bucal, equilíbrio mastigatório, evitar disfunções nas articulações ou outras, visando a perspectiva de benefício estético-funcional;

Havendo qualquer alteração que seja de meu conhecimento quanto à minha saúde bucal ou geral, bem como o surgimento de dores nos elementos dentários ou outras dores orofaciais, é de minha responsabilidade manter contato com o (a) profissional, viabilizando a necessária avaliação do meio bucal e dos fatores que podem ter influenciado ou que tenham sido os causadores de eventuais danos ou alterações que, eventualmente, podem dar origem a prejuízos diversos e até a perda dos implantes e do trabalho protético instalado;

Estou ciente de que, assim como o trabalho protético, os elementos dentários naturais podem sofrer alterações, danos e prejuízos por questões naturais, por deficiência na higienização, doenças periodontais ou outras alterações bucais advindas de fatores biológicos ou externos, que não terão como fator causador o tratamento realizado;

Estou ciente de que os implantes serão instalados de maneira precisa, observando o que determina a técnica empregada e indicada ao caso, com a devida osseointegração. Ainda, é de meu conhecimento que não há garantia de que os implantes permanecerão imutáveis

*quanto a sua osseointegração, em razão do que foi acima mencionado, situação que pode ser agravada pelo hábito de fumar e pela deficiência na higienização;  
Estou ciente que, fica estipulado o prazo de 90 (noventa) dias, a partir da finalização do tratamento, conforme disposto no Art. 26, inciso II do Código de Defesa do Consumidor, para comunicação de eventual alteração do trabalho realizado e entregue em perfeitas condições, de forma que após esse prazo qualquer medida dependerá da avaliação clínica profissional.*

*Abaixo, declaro se permito a utilização do meu prontuário para uso em publicações científicas ou com finalidade acadêmica, autorizando a exibição de imagens e exames com finalidade didático-acadêmicas, conforme previsto no Código de Ética Odontológica:*