

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Tania Serafim da Rocha, declaro que fui suficientemente esclarecido pelo cirurgião-dentista Andressa Alves da Silva, inscrito no CRO-PR sob nº 34039 que, diante de meu quadro clínico, existem as seguintes opções de tratamento:

Opção 1

Limpzea e ultrassom  
Rest. 3 face no 26 (0)  
Rx perapical região 36/37

Opção 2

Rx panorâmico  
Extracção dent 48

Opção 3

Declaro que escolhi a seguinte opção: Opção 1  Opção 2  Opção 3 ( ).

Declaro que estou ciente do tratamento escolhido, bem como do diagnóstico, prognóstico, proservação, riscos e objetivos do 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 escolhido 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. Andressa, 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. Andressa, 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 tratamento odontológico.

Sorocaba, 22/04/2024.

  
\_\_\_\_\_  
**Paciente**

  
\_\_\_\_\_  
**Cirurgião-dentista**