

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, MERI APARECIDA DE OLIVEIRA DA CRUZ ALMEIDA, CPF nº302.067.758-06, 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 o uso correto da contenção ortodôntica após finalização do meu tratamento, como orientado o profissional da minha escolha. Ainda com retorno a cada 4 meses para acompanhamento.

Estou ciente da importância da manutenção diária de higienização oral, como orientado pelo (a) profissional.

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;

10. 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;

11. 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.

12. 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:

ml: AP de D.
C. Naluso