

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Rosemeire Maria Macedo Mantovanini, declaro que fui suficientemente esclarecido pelo cirurgião-dentista, **DR. FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL**, inscrito no CROSP sob nº **59922** 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 FÁBIO A C MIGUEL**, 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 FÁBIO A C MIGUEL** 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:

EXODONTIA (EXTRAÇÃO DOS DENTES SUPERIORES (DE CIMA) E INSTALAÇÃO IMEDIATA DE PRÓTESE TOTAL SUPERIOR IMEDIATA. (DENTADURA)

S. Carlos, 23/08/2021.

Rosemeire M. M.

Paciente

*Dr. Fabio Augusto Curti Miguel
Cirurgião-Dentista*

Cirurgião-dentista