



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Paciente: Mayara Santana dos Santos

Identidade: 257032300

Autorizo os profissionais da 021 Dental a realizarem o procedimento cirúrgico proposto.

Estou devidamente esclarecido da necessidade, dos benefícios e dos riscos da realização do procedimento. Principais riscos, limitações e complicações envolvendo a Cirurgia Oral e Bucomaxilofacial; Parestesia pós-operatória (perda temporária da sensibilidade em alguma região intra-oral ou facial), infecção pós-operatória, sangramento, fratura de mandíbula trans-operatória (em casos de extração de sisos inclusos muito profundos), trismo (dificuldade em abrir a boca), edema facial e hematoma extra-oral.

Entendo que há imprevisibilidade de certas situações. Por isso, autorizo outros procedimentos que a equipe julgar necessárias ou aconselháveis para completar a operação planejada durante o ato cirúrgico. Se qualquer condição não prevista ocorrer durante o trans-operatório ou no pós-operatório, confio no julgamento médico-odontológico para procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados.

O objetivo deste termo é informar as possíveis complicações que podem ou não ocorrer após uma Cirurgia Oral e Bucomaxilofacial.

Declaro que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima e foram feitas explicações referentes a ele.

Aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcar com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Rio de Janeiro, 09 de março de 2020.

Mayara Santana dos Santos

Assinatura do paciente
ou seu representante legal

Thiago Luiz G.O. Silva
Cirurgião Dentista
CRD-BJ 43.833

Assinatura do Cirurgião Dentista