



TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Paciente: Mayara Santana dos Santos

Identidade: 25703 230 0

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 maio de 2020.

Mayara Santana dos Santos

Assinatura do paciente
ou seu representante legal

~~Thiago Luiz G.O. Silva
Cirurgião Dentista
CRM-BJ 43.833~~

~~Assinatura do Cirurgião Dentista~~