

## ***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Pelo presente termo de consentimento livre e esclarecido, eu, Pedro Henrique de Freitas Gonçalves, paciente (ou responsável legal do(a) menor \_\_\_\_\_), portador(a) do RG nº 47.998.975-8, CPF nº 233.470.328-10, residente a Rua Martha de Moraes Mateus, 221, Itapetininga, SP, CEP 18.208-150, 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 SP\_\_\_\_, com consultório à Humberto Jose Fernando notari, 475\_\_\_\_, (Itapetininga\_\_\_\_, SP, CEP \_13213-450\_\_\_\_, 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:

1. 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;
2. 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;
3. É de meu conhecimento de que o tratamento proposto será realizado aproximadamente em \_\_\_\_36meses\_\_\_\_\_, podendo, todavia, sofrer prorrogação ou alteração de prazo, de acordo com eventual complexidade que o caso apresentar no decorrer do tratamento, bem como pela resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, assiduidade às consultas e seguimento das orientações fornecidas pelo(a) profissional;

4. Declaro, ainda, que estou ciente que eventuais ausências às consultas e o não atendimento das orientações profissionais prejudicarão o resultado pretendido, uma vez que a Odontologia não se trata de uma ciência exata, sofrendo limitações;
5. Declaro que estou ciente de que deverei comparecer pontualmente no consultório do(a) profissional, nas sessões, previamente agendadas, devendo seguir, rigorosamente, as prescrições, encaminhamentos a outros especialistas da área odontológica ou profissionais da área de saúde e demais orientações fornecidas pelo(a) profissional, sob pena de ser declarado interrompido o tratamento;
6. 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;
7. 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;
8. 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;
9. 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;
10. Declaro estar ciente do plano de tratamento odontológico em anexo, também de possíveis alterações que por ventura venham a ocorrer e concordo com a possibilidade, se necessária, da realização de extrações parciais ou totais de dentes, que somente serão realizadas após meu consentimento expresso;



11. Entendo a importância da saúde bucal e me comprometo a seguir as orientações da equipe odontológica, assim como a retornar às consultas de orientações programadas;
12. Entendo, ainda, que cada ser humano possui particularidades quanto ao seu organismo e respostas biológicas diversas, sendo que o procedimento odontológico, ainda que realizado por profissional habilitado, ou seja, cirurgião-dentista, e, ainda que realizado de acordo com técnica reconhecida cientificamente e indicada ao meu caso, com material de qualidade, respeitando passo a passo do que determina a literatura ou a Ciência odontológica, pode acontecer de que a resposta e o resultado esperado não sejam parcial ou totalmente alcançados, uma vez que a Odontologia não é uma ciência exata e, por isso, o resultado não é certo e não pode ser garantido;
13. Fui esclarecido (a) que, caso o tratamento proposto, durante a sua execução ou ao final, não alcance a perspectiva almejada, com cura da doença ou reabilitação necessária, o profissional apresentará esclarecimentos, a todo instante, sobre as limitações enfrentadas propondo alternativas, quando houver;
14. Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que minhas condições atuais de saúde bucal ou geral se apresentam da seguinte forma: possui canino incluso e impactado na região de mento, dente supra numerário na região do dente 47, com características de pre molar inferior;
15. Fui esclarecido (a) pelo (a) profissional que em razão das condições descritas no item anterior, deverei observar os seguintes cuidados: após a remoção ou impossibilidade de deixar o supra numerário na região, por questão de adaptação oclusal ou limitação do tratamento ortodôntico, devo realizar a instalação de implante dentário para substituir esse elemento, em até 8 meses, após o prognóstico fechado, impossibilitando a remoção do aparelho antes disso.;
16. Informo que fui esclarecido(a) a respeito dos cuidados pós-tratamento reabilitador protético que devo manter com o intuito de preservar a durabilidade do serviço odontológico realizado na etapa cirúrgica e na etapa protética, sendo que esta última foi realizada com o material acordado, de acordo com o tamanho e cor dos elementos dentários previamente aprovados;
17. Recebi esclarecimentos quanto à durabilidade do trabalho protético, que não depende única e exclusivamente do material utilizado ou da técnica aplicada nas fases cirúrgica e protética, uma vez que a Odontologia é uma ciência de meios e não de resultados. Estou ciente da importância da manutenção diária de higienização oral, como orientado pelo (a) profissional, bem como que o hábito de fumar pode prejudicar a durabilidade dos implantes, podendo gerar a perda dos mesmos, além de causar prejuízos à peça protética e a toda cavidade bucal;
18. 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 têmporomandibulares, 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;

19. 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;
20. 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;
21. Estou ciente de que, assim como o trabalho protético, os elementos dentários naturais podem sofrer alterações, danos e prejuízos por questões naturais, por deficiência na higienização, doenças periodontais ou outras alterações bucais advindas de fatores biológicos ou externos, que não terão como fato causador o tratamento realizado;
22. Estou ciente de que os implantes serão instalados de maneira precisa, observando o que determina a técnica empregada e indicada ao caso, com a devida osseointegração. Ainda, é de meu conhecimento que não há garantia de que os implantes permanecerão imutáveis quanto a sua osseointegração, em razão do que foi acima mencionado, situação que pode ser agravada pelo hábito de fumar e pela deficiência na higienização;
23. O trabalho protético sobre os implantes será instalado de forma adequada e adaptada, conforme prevê a técnica, a fim de resguardar as questões funcionais da reabilitação oral;
24. Declaro, ainda, que tenho conhecimento de que ao término do tratamento deverei retornar para consultas de acompanhamento de acordo com os critérios estabelecidos pelo profissional, visando resguardar e manter o tratamento realizado, sendo certo que não é possível garantir o tempo de durabilidade dos procedimentos odontológicos, pois referida avaliação deverá observar as condições de minha saúde e eventuais alterações bucais, hábitos em geral, adequada higienização oral, além de outros fatores internos ou externos que podem danificar o serviço prestado. O profissional não se eximirá de avaliar eventual dano ou prejuízo sofrido e



alegado, reparando-o, quando o caso, dentro do limite de sua responsabilidade;

25. 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.
26. 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:

☒ Sim ( ) Não

Apetininga 06 de outubro de 2020



Assinatura do paciente ou seu responsável legal