



## Mahingler Tonan - Odontologia

Avenida São Miguel, 4597, Conjunto 02  
Parque Boturussu - São Paulo - SP  
03871-100  
(11) 2339-5015

### TERMO LIVRE DE CONSENTIMENTO DE PROFILAXIA DENTAL E RASPAGEM SUPRAGENGIVAL

Paciente: MARIA FERNANDES DE SOUSA  
Avenida Lagoa Mirim N 107  
Vila Rio Branco - São Paulo - SP - 03877-110  
CPF: 658.370.535-49

Declaro e autorizo, de forma livre, consciente e expressa, a realizar o procedimento de **PROFILAXIA DENTAL E RASPAGEM SUPRAGENGIVAL**, de acordo com o descrito no plano de tratamento e planejamento de custos, a Cirurgiã-dentista, me apresentou o **PLANO DE TRATAMENTO E CUSTO**, cuja cópia encontra-se em meu poder e sob a minha guarda.

Declaro, que recebi explicações claras e objetivas, sem o uso de linguagem técnica, por parte da cirurgiã-dentista, compreendi integralmente a natureza, os objetivos, os riscos, os benefícios e as alternativas do procedimento ao qual serei submetido(a).

Autorizo a realização do tratamento proposto, ciente de que pude esclarecer todas as minhas dúvidas e que estou plenamente confortável com as informações fornecidas, estando de acordo com a execução do procedimento conforme as orientações profissionais

**1. Profilaxia Dental:** A profilaxia dental é um conjunto de procedimentos realizados por um dentista ou higienista bucal com o objetivo de prevenir doenças bucais, como cáries e doenças periodontais. Os procedimentos incluem a remoção de placa bacteriana, cálculo dental (tártaro), aplicação de flúor e orientações sobre higiene bucal.

**2. Raspagem Supragengival:** A raspagem Supragengival é um procedimento que envolve a remoção de placa e cálculo dental localizado acima da linha da gengiva. Este tratamento é importante para manter a saúde periodontal e prevenir a progressão de doenças gengivais.

**3. Indicações:** Os procedimentos são indicados para pacientes que:

Apresentem acúmulo de placa e tártaro nos dentes.

Desejam prevenir cáries e doenças gengivais.

Estão em tratamento periodontal.

**5. Benefícios:**

Melhoria da saúde bucal.

Prevenção de cáries e doenças gengivais.

Melhora na estética dental.

**6. Riscos e Efeitos Colaterais:** Embora os procedimentos sejam geralmente seguros, existem alguns riscos e efeitos colaterais que podem incluir:

Sensibilidade dentária temporária.

Sangramento gengival leve.

Desconforto durante ou após o procedimento.

**7. Alternativas:** O paciente tem o direito de questionar sobre alternativas aos procedimentos propostos, que podem incluir a manutenção da higiene bucal em casa sem intervenção profissional. No entanto, a ausência de tratamento pode levar a complicações dentárias.

**4. Condições a Serem Consideradas:**

· Acúmulo de Cálculo Dentário: Fui informado(a) que, em casos de grande acúmulo de cálculo dentário, pode não ser possível a remoção total durante uma única sessão de raspagem. Dependendo da quantidade e da localização do cálculo, pode ser necessário realizar múltiplas consultas para uma limpeza adequada.

· Limitações do Plano Odontológico: Também fui esclarecido(a) que o meu plano odontológico pode ter limitações em relação a procedimentos de limpeza e raspagem, incluindo o número de sessões cobertas e valores que podem ser cobrados por tratamentos adicionais.

Duração do Tratamento: em torno de 60 (sessenta minutos), podendo variar para mais ou menor, isso dependerá do acúmulo de placa e tártaro e da colaboração do paciente, pois Pacientes que estão relaxados e cooperativos podem ajudar a acelerar o processo. Não ultrapassando a 90 (noventa)minutos.

**5. Garantia:** A garantia tem como objetivo assegurar ao paciente a qualidade dos procedimentos odontológico realizados, conforme as normas estabelecidas pelo Código de Defesa do Consumidor:

**Prazo de Garantia:** A limpeza dental é um procedimento preventivo essencial para a manutenção da saúde bucal. É importante esclarecer que o prazo de garantia para este procedimento é apenas uma indicação para a realização de novas limpezas, e não uma garantia formal.

Os resultados obtidos com a limpeza dental, como a remoção de tártaro e placa, são imediatos. No entanto, a duração desses resultados pode variar. A eficácia da limpeza pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo:

· Hábitos de Higiene Bucal: A regularidade e a técnica na escovação e uso do fio dental impactam diretamente na saúde bucal.

· Dieta: Alimentos e bebidas consumidos podem contribuir para o acúmulo de placa e tártaro.

· Condições de Saúde Bucal: Problemas dentários preexistentes podem afetar a durabilidade dos resultados.

Diante disso, recomenda-se que os pacientes realizem limpezas dentais regularmente, conforme a orientação do dentista, para manter a saúde bucal e prolongar os benefícios do procedimento.

**Desde modo a garantia e execução do procedimento é imediata, não podendo estender por dias ou meses.**

· Cumprir com todas as orientações e recomendações dadas pelo profissional responsável durante e após o tratamento.

· Comparecer a consultas de acompanhamento, conforme agendado pela clínica.

· Comunicar imediatamente qualquer problema ou insatisfação relacionada ao procedimento realizado.

**Cobertura da Garantia:** A garantia cobre:

· Reexecução de procedimentos que apresentem falhas ou problemas decorrentes de execução inadequada.

· Reparos necessários em decorrência de problemas identificados durante o período de garantia.

**Limitações da Garantia:** A garantia não cobre:

· Danos ou problemas decorrentes de negligência do paciente, má higiene bucal ou não cumprimento das orientações pós-tratamento.

· Procedimentos que não estejam relacionados diretamente à execução do tratamento garantido.

**Reclamações:** Em caso de reclamações dentro do prazo de garantia, o paciente deve entrar em contato com a clínica pelo telefone (11)94765-5651 ou pelo e-mail mahinglerodontologia@gmail.com. A equipe avaliará a situação e tomará as providências necessárias.

**6. Política de Desistência e Devolução de Valores - Desistência do Tratamento:**

Caso o paciente decida desistir do tratamento em andamento, será retido o valor proporcional aos procedimentos já realizados até a data da desistência, conforme o

plano de tratamento previamente acordado.

· Cálculo da Retenção: A retenção dos valores será feita com base nos serviços executados e nos custos envolvidos, de acordo com a tabela de preços estabelecida no plano de tratamento. Os valores correspondentes aos procedimentos não realizados serão devolvidos ao paciente.

· Comunicação da Desistência: A desistência deve ser comunicada formalmente ao profissional responsável, preferencialmente por escrito, para que a rescisão do tratamento e a devolução dos valores sejam processadas de maneira adequada.

· Prazo para Devolução: A devolução dos valores retidos será realizada em até 30 dias após a formalização da desistência, respeitando os procedimentos administrativos internos.

· Casos Especiais: Em situações excepcionais que justifiquem a desistência (como problemas de saúde ou imprevistos), a política poderá ser reavaliada a critério da clínica, visando a equidade e entendimento mútuo.

**7. Insucesso do Tratamento:** Em alguns casos, o tratamento pode não ter sucesso, e uma nova intervenção pode se tornar necessária. Caso isso ocorra, os novos custos relacionados ao procedimento serão acordados previamente. É importante ressaltar que não haverá devolução de valores em caso de insucesso, pois o procedimento foi realizado de acordo com a literatura especializada. O sucesso do tratamento depende da resposta biológica individual do paciente e do cumprimento das orientações pós-tratamento.

Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados podem não se concretizar devido a fatores biológicos e à minha colaboração, além das limitações da própria ciência.

A profissional compromete-se a utilizar técnicas e materiais adequados na execução do plano de tratamento proposto e aprovado, assumindo a responsabilidade pelos serviços prestados, respeitando minha privacidade, mantendo o sigilo profissional e zelando pela minha saúde e dignidade.

**8. Obrigação do Paciente:** Comprometo a seguir as orientações do profissional de saúde, compareceu às consultas de acompanhamento, relata qualquer anormalidade que surja, realiza todos os exames pós-operatórios solicitados dentro dos prazos estipulados pela cirurgião-dentista, e segue rigorosamente as orientações pós-operatórias e as prescrições medicamentosas. devo informar ao 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

· Comprometo-me a manter meu cadastro sempre atualizado, incluindo todos os dados relevantes, principalmente em relação ao meu estado de saúde, endereço e telefone.

· Reconheço que a atualização dessas informações é fundamental para garantir uma comunicação eficaz e contínua a qualquer tempo, permitindo que a clínica ofereça um atendimento adequado e seguro.

**9. Autorização e Cessão de imagem e Som e voz:** autorizo a Cirurgiã-dentista a utilizar minha imagem, som e voz, capturados durante o tratamento odontológico, para fins de divulgação e promoção dos serviços da clínica, em materiais impressos, digitais e em mídias sociais, sem que isso implique em qualquer ônus ou remuneração adicional. Esta autorização é concedida de forma gratuita e por tempo indeterminado, podendo ser revogada a qualquer momento mediante solicitação formal, respeitando-se, no entanto, o uso já realizado até a data da revogação. Declaro estar ciente de que a utilização da minha imagem, som e voz será feita de maneira ética e respeitosa, preservando minha dignidade e privacidade.

**10. Direito de Recusa:** Reconheço que tenho o direito de recusar o tratamento odontológico a qualquer momento, seja antes ou durante sua execução, sem que isso implique em qualquer penalidade ou prejuízo para a minha relação com o profissional responsável.

**11. Confidencialidade:** Reconheço que todas as informações fornecidas durante o tratamento odontológico serão tratadas de forma ética. Estou ciente que a Cirurgiã-dentista, compromete a respeitar as normas éticas e legais aplicáveis, garantindo que os dados pessoais e clínicos do paciente não serão divulgados a terceiros sem o seu consentimento expresso, exceto quando exigido por lei ou de acordo com o termo LPD por assinado, e ou conforme disposto na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

Estou ciente de que a proteção das minhas informações é uma prioridade da Cirurgiã-dentista, e que a confidencialidade é um direito fundamental no relacionamento profissional.

**12. Responsabilidade da Ficha de Anamnese:** 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 de saúde geral e bucal. Não omiti ou suprirei qualquer dado quanto a doenças pré-existentes e que sejam de meu conhecimento, tampouco sobre o uso de medicamentos controlados ou não. Estou ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal pode interferir negativamente no planejamento e andamento do tratamento, podendo ocasionar danos irreversíveis.

**13. Compromisso Pessoal:** Estou ciente de minha responsabilidade em colaborar e contribuir para o tratamento que será executado, seguindo as orientações do profissional e respeitando o prazo de retorno às consultas, de modo que ausências também são fatores que prejudicam o tratamento, causando danos muitas vezes irreversíveis pela falta de acompanhamento profissional.

**14. Consentimento:** Declaro que li e compreendi as informações acima sobre o procedimento executado, incluindo seus riscos e alternativas. Todas as minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Compreendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento antes do procedimento. Com base nesta informação, eu autorizo a realizar os procedimentos odontológico de conforme descrito no item 1 do presente termo.



---

MARIA FERNANDES DE SOUSA

Mahingler AP Dos Santos Tonan  
CRO/SP 146.280

---

Mahingler Aparecida Dos Santos

04/12/2024

# Relatório de Assinaturas

Datas e horários em UTC-0300 ( America/Sao\_Paulo)

Última atualização em 13 Janeiro 2025, 14:24:13



Status: Assinado

Documento: Doc\_personalizado\_maria\_fernandes\_de\_sousa\_1733254760131.Pdf

Número: c51a1182-566d-46c4-8143-be9cd208dce0

Data da criação: 03 Dezembro 2024, 16:40:35

Hash do documento original (SHA256): 89f2de19634bbe18ea4d730549659d607155f1067143f2421b8791f4ca81984f



## Assinaturas

2 de 2 Assinaturas

<p>Assinado  via ZapSign by Truora</p> <p><b>MARIA FERNANDES DE SOUSA</b></p> <p>Data e hora da assinatura: 04 Dezembro 2024, 09:19:17 Token: be4215de-5b58-4433-b3c4-7ee6171d140c</p>	<p>Assinatura</p>
--	-------------------

<p><b>Pontos de autenticação:</b></p> <p>Telefone: + 5511976945108 E-mail: isaaaa.moreira@gmail.com</p>	<p>Localização aproximada: -23.507331, -46.489004 IP: 200.173.56.58 Dispositivo: Mozilla/5.0 (Linux; Android 10; K) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/131.0.0.0 Mobile Safari/537.36</p>
---	--

<p>Assinado  via ZapSign by Truora</p> <p><b>MAHINGLER APARECIDA DOS SANTOS TONAN</b></p> <p>Data e hora da assinatura: 13 Janeiro 2025, 14:24:12 Token: 167c87d4-9bc2-4afe-b20f-83ae60c1b224</p>	<p>Assinatura</p>
<p><b>Pontos de autenticação:</b></p> <p>Telefone: + 5511941655651 E-mail: mahinglerodontologia@gmail.com</p>	<p>IP: 177.95.2.247 Dispositivo: Mozilla/5.0 (Windows NT 10.0; Win64; x64) AppleWebKit/537.36 (KHTML, like Gecko) Chrome/131.0.0.0 Safari/537.36</p>

## INTEGRIDADE CERTIFICADA - ICP-BRASIL

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

Confirme a integridade do documento aqui.

Este Log é exclusivo e parte integrante do documento número c51a1182-566d-46c4-8143-be9cd208dce0, segundo os Termos de Uso da ZapSign, disponíveis em [zapsign.com.br](https://zapsign.com.br)

ZapSign c51a1182-566d-46c4-8143-be9cd208dce0. Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/2001 e Lei 14.063/2020.

