

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Adriana Araujo Ferreira, declaro que fui suficientemente esclarecido pelo cirurgião-dentista Gustavo Telleson Tintella, inscrito no CRO-PR sob nº 30934 que, diante de meu quadro clínico, existem as seguintes opções de tratamento:

Opção 1

Extrair

Rest. 1 face no 38/48 (e)

Rest. 3 faces 36 (0mv) + Rx perioapical - aírco endo.
Tratamento vendo dentes 46 (dm) + Rx perioapical

Opção 2

Rx Perioapical 36 + Endodontia 36 (Após Rx perioapical fui observado
lesão endodontica e encaminhado p/ Endodontia do 36)

Opção 3

Declaro que escolhi a seguinte opção: Opção 1 () Opção 2 () Opção 3 ().

Declaro que estou ciente do tratamento escolhido, bem como do diagnóstico, prognóstico, proservação, riscos e objetivos do 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 escolhido 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. Gustavo, 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. Gustavo, 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 tratamento odontológico.

Samandi, 05/06/2024.

Adriana Araújo Ferreira
Paciente

Gustavo T. Tschulke
Cirurgião-dentista