

## **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de responsável legal do (a) menor \_\_\_\_\_, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo cirurgião-dentista \_\_\_\_\_, registrado no CRO-\_\_\_\_\_ sob nº \_\_\_\_\_, que, diante do quadro clínico do menor, existem as seguintes opções de tratamento:

Opção 1

---

---

---

---

Opção 2

---

---

---

---

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, preservação, riscos e objetivos do tratamento odontológico, bem como de que o sucesso de referido tratamento dependerá da resposta biológica do organismo do menor 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 do organismo do menor, 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 caso clínico do menor, passando a posse dos mesmos para o Dr. \_\_\_\_\_, 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 tratamento do menor e que tais documentos também deverão permanecer em posse do Dr. \_\_\_\_\_, com a mesma finalidade dos exames descritos acima.

Declaro que recebi orientações sobre as técnicas de controle e contenção de comportamento infantil, compreendi tais orientações e autorizo que referidas técnicas sejam utilizadas caso seja necessário.

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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Responsável Legal do Paciente.**

\_\_\_\_\_

**Cirurgião-dentista**