

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO - LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento particular, eu, _____, declaro para todos os fins legais, que fui suficientemente esclarecido (a) pelo (a) odontólogo(a) _____, inscrito(a) no CRO, sob nº _____ sobre os procedimentos necessários para a realização de meu tratamento odontológico. Declaro ainda que compreendi o diagnóstico, prognóstico, necessidade de preservação, possíveis riscos e objetivos do plano do tratamento indicado ao meu caso, bem como que o sucesso do referido plano dependerá também da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada. Estou ciente de que deverei seguir estritamente as prescrições, encaminhamentos e demais solicitações efetuadas pelo odontólogo, devendo ainda comparecer a todas as consultas agendadas, realizar as perícias iniciais e finais quando necessário, sob pena de o plano de tratamento não atingir seus objetivos. Tenho ciência de que, ainda que cumprida todas as prescrições, encaminhamentos e demais solicitações, o plano de tratamento poderá ser alterado, com mudança da técnica planejada ou necessidade de intervenções diversas daquelas já programadas no 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 pelos quais me responsabilizo integralmente. Estou ciente de que as imagens feitas (radiografias/fotos) fazem parte do tratamento realizado e são enviadas para aprovação de perícia inicial e/ou final seguindo Normativas do CFO (Conselho Federal de Odontologia).

Declaro ainda que tive a oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidas no texto acima, e que me foram dadas explicações referentes a ele, e assim, manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento com o seguinte tratamento odontológico:

_____, ____ de _____ de ____.

BENEFICIÁRIO(A) / PACIENTE

CIRURGIÃO DENTISTA