

**Consentimento Informado Odontologia e
Cirurgia Buco Maxilo**

Por este instrumento, eu _____, Carteira de
Identidade: _____, CPF: _____, declaro que:

1º) 1º) fui informado (a) pelo(a) cirurgião(ã)-dentista de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s):

2º) recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s): _____

(se órgão múltiplo, especificar: [D] Direito [E] Esquerdo [A] Ambos)

para tentar curar, ou melhorar a(s) supra citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) (fortuitas);

4º) estou ciente de que em procedimento(s) invasivo(s), como o citado, podem ocorrer complicações gerais como: infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios e sangramentos com necessidade de transfusão.

Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

5º) estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos serão de indicação:

do(a)médico(a) anestesista _____

(nome legível do anestesiológico/equipe)

do(a) cirurgião(ã)-dentista que assina esta termo;

6º) por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

7º) esta autorização é dada ao cirurgião(ã)-dentista _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação;

8º) tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

9º) consinto, portanto, ao cirurgião(ã)-dentista supra identificado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);

10º) autorizo a realização de filmagens / fotografias, bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo(a) meu(minha) cirurgião(ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

11º) apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeita (o) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Araraquara, ____ de _____ de 20____.

(assinatura do paciente)

(Nome e assinatura do(a) responsável) pelo(a) paciente)
No caso de paciente menor, ou que tenha responsável legal, ou
não possa assinar este documento

(nome completo e legível do responsável)

(identidade / órgão)

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar o consentimento que agora é concedido e firmado.

Araraquara, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do cirurgião (ã) dentista / buco maxilo
CRO – SP _____