

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -TCLE

Por este documento por mim assinado, dou pleno consentimento ao Dr. _____ para realizar diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa (ou em meu filho, ou dependente), dentro do campo de atuação da odontologia. Autorizo a administração de anestesias locais e a execução de procedimentos clínicos e cirúrgicos conforme o plano de tratamento discutido, compreendido e aprovado por mim. Concordo que todas as radiografias, os modelos, os desenhos, os históricos de saúde, os resultados de exames e quaisquer outras informações referentes ao diagnóstico, ao planejamento e/ou ao tratamento permaneçam sob a sua guarda, e sejam usados respeitando o Código de Ética Odontológica. Atesto que recebi esclarecimentos sobre a garantia de resposta a qualquer pergunta sobre procedimentos, riscos e benefícios do tratamento, e sobre a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento. Sei também que os planos poderão sofrer alterações, aprovadas por mim, que beneficiem o seu andamento. Declaro ter sido esclarecido sobre os propósitos, os riscos e os custos da prestação dos serviços odontológicos observados no plano de tratamento, explicados a mim nos mínimos detalhes, ter tido todas as minhas dúvidas respondidas, e estar ciente dos resultados buscados, de seus riscos e de possíveis complicações. Após estar devidamente consciente, aceito e autorizo a execução dos procedimentos propostos. Comprometo-me a cumprir com as orientações passadas a mim pelo profissional acima e sua equipe, sabendo que, se não o fizer, estarei, por minha conta e risco, contribuindo para o insucesso do tratamento. Comprometo-me, também, a arcar com os custos e a forma de pagamento estipulados na previsão de honorários. (Local, data, assinatura do paciente ou responsável, assinatura e carimbo do profissional.)

Fonte : Saliba, TA; Garbin. CAS. Noções de Odontologia Legal e bioética