

**TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO
(CONSENTIMENTO INFORMADO)**

Por este instrumento, eu _____
(Nome legível, completo e por extenso)

RG: _____

CPF: _____

declaro para todos os fins e efeitos legais que: _____

- 1) Fui informado (a) pelo médico (a)/odontólogo (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a (s) seguinte (s) alteração (ões) e diagnóstico(s)

- 2) Recebi e considerei satisfatórias as explicações 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).

- 3) Estou ciente de que, durante o (s) exame (s) e/ou procedimento (s)

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).

- 4) Fui informado (a) que, sendo necessária a realização de anestesia, deverei seguir os cuidados recomendados no período anterior a mesma, sendo a escolha da técnica prerrogativa do profissional competente.

- 5) Estou ciente que, durante ou após o (s) procedimento (s) antes mencionado (s), poderão ocorrer complicações, apesar da adequada conduta técnica por parte dos profissionais.

- 6) Por livre iniciativa aceito correr os riscos inerentes e dou permissão/autorização voluntária para que o (s) procedimentos seja (m) realizado (s) da forma como foi exposto no presente termo; os procedimento (s) necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais deverão ser conduzidos de acordo com a conveniência singular de cada evento.
- 7) A permissão/autorização é dada ao (a) médico (a) odontólogo (a), bem como ao (s) seu (s) assistente (s) e/ou outro (s) profissional (ais) por ele selecionado (s) a intervir no (s) procedimento (s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.
- 8) 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.
- 9) Minha assinatura, abaixo, portanto, consente ao médico (a), odontólogo (a) abaixo identificado a realizar o (s) procedimento (s) e permite o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos disponíveis na atualidade pela Medicina/Odontologia, no local onde se realiza o (s) tratamento (s).

Porto Alegre, _____ de _____ de 20__ .

(Assinatura do paciente)

Assinatura do (a) responsável pelo (a) paciente, caso de pacientes menores de 18 anos incapaz, ou que esteja impossibilitado fisicamente de assinar este documento.

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou seu (s) familiar(es) ou responsável (eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o (s) tratamento (s) e procedimento (s) acima descritos.

Data: _____

Assinatura do médico/odontólogo
CREMERS/CRO