

Termo de Consentimento

LIVRE E ESCLARECIDO · TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Data _____

Profissional _____ CRO _____
Endereço _____ Telefone _____

Eu, _____, CPF _____, paciente ou responsável legal por _____, declaro que:

1. Informação. Fui informado(a) pelo(a) profissional sobre o diagnóstico, o plano de tratamento proposto, os procedimentos a realizar, seus benefícios, riscos e as alternativas disponíveis, inclusive a de não realizar o tratamento. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas.

2. Consentimento. Autorizo a realização do tratamento proposto e dos procedimentos necessários. Estou ciente de que, durante o tratamento, podem surgir situações que exijam mudança no plano, o que será comunicado a mim antes de ser executado.

3. Riscos. Estou ciente de que todo procedimento odontológico envolve riscos inerentes, mesmo quando realizado com todo o cuidado técnico, e que os resultados podem variar conforme a resposta biológica de cada pessoa.

4. Compromissos. Comprometo-me a seguir as orientações recebidas, comparecer às consultas e retornos agendados e informar qualquer alteração na minha saúde. Faltas e o abandono do tratamento podem comprometer o resultado.

5. Dados pessoais. Autorizo o registro e a guarda dos meus dados pessoais e de saúde, exames, radiografias e fotografias clínicas, para fins de diagnóstico, tratamento e cumprimento de obrigações legais do profissional, nos termos da Lei nº 13.709/2018 (LGPD). Posso solicitar acesso e cópia do meu prontuário.

6. Imagem. Quanto ao uso de fotografias do meu tratamento em materiais profissionais e redes sociais, sem identificação do meu nome: ☐ autorizo ☐ não autorizo

Declaro ter lido e compreendido este termo antes de assiná-lo.

Local e data _____

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do profissional

Paciente _____