

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
TRATAMENTO PREVENTIVO DA PERDA ÓSSEA E INFLAMAÇÕES**

Para o Tratamento Odontológico preventivo para PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PERDA ÓSSEA E INFLAMAÇÕES NO COMPLEXO ESTOMATOGNÁTICO, de acordo com a LEI No 5.081, DE 24 DE AGOSTO DE 1966, Lei 9965/2000 e Resolução do MS nº 196/96 atual Resolução nº 466/12.

O consentimento informado é fundamental na relação profissional do cirurgião dentista/paciente e é o documento mediante o qual este autoriza a conduta clínica/cirúrgica/farmacológica a ser adotada quando o mesmo se encontra esclarecido sobre o procedimento a ser submetido.

O principal objetivo do TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido é obter, na forma escrita, dois registros importantes: o esclarecimento do cirurgião-dentista sobre o procedimento, riscos de possíveis complicações, suas consequências, benefícios, malefícios e as alternativas de tratamento a que o paciente será submetido; e a sua autorização para a realização do procedimento.

A assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido é uma decisão voluntária. Para pacientes menores de 18 anos e aqueles que não têm condições clínicas de ler e assinar o documento os pais ou responsáveis devem assinar o presente termo.

Eu, _____, RG nº _____, inscrito no CPF nº _____, paciente (ou responsável), declaro que fui informado pelo(a) Cirurgião Dentista Dr.(a) ALINNE VIANNA CRO/PR 27965 de que as avaliações e exames realizados revelam alteração no meu estado de saúde e que a prescrição de hormônios (Lei Federal 9965/2000) objetiva prevenir danos à saúde como demonstram artigos da literatura científica.

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

Compreendo que durante o(s) procedimento(s): para tentar prevenir e controlar, ou melhorar a(s) condição(ões) supracitada(s) 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 situações imprevisíveis ou fortuitas como manifestações clínicas decorrente do uso de tais compostos. Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Declaro ainda que:

a) A minha avaliação online apresenta informações fidedignas sobre minhas condições de saúde geral, bucal ou de rotina medicamentosa, não tendo omitido ou suprimido qualquer dado ou

doença pré-existentes que sejam do meu conhecimento, bem como é de minha inteira responsabilidade providenciar os exames de imagem solicitados, no início do tratamento, uma vez que nódulos e cistos mamários ou na tireóide possam estar presentes antes de tal tratamento uma vez que é coerente com a literatura a ocorrência de tais calcificações em várias partes do corpo tendo em vista baixos níveis hormonais. Não cabendo ao profissional a responsabilidade sobre alterações pré-existentes e não apresentadas previamente a esta consulta.

b) Que o profissional, considerando minha queixa principal e exames complementares, esclareceu sobre o diagnóstico e plano de tratamento, com alternativas e informações claras sobre objetivo e riscos do plano terapêutico escolhido, bem como sobre minha responsabilidade em colaborar na dieta assim como na assiduidade de consultas regulares que são fundamentais para contribuir no êxito do tratamento que será executado;

c) Compreendo que valor acordado é referente à consulta de odontologia preventiva com seu respectivo acompanhamento via WhatsApp por _____ conforme minha necessidade. Expirado o prazo, a partir da data deste termo, faz-se necessária uma nova contratação de serviços. À partir da contratação deste serviço, não haverá devolução do valor pago, salvo exceções estipuladas pela contratada.

d) Compreendo que cada organismo responde de forma diferente frente ao tipo de terapia escolhida, e que não é possível prever um tempo mínimo ou máximo de sua duração, devendo haver acompanhamentos periódicos para reanálise sempre que necessário.

e) Compreendo que o tratamento visa a prevenção de patologias inflamatórias e degenerativas com enfoque na boca (cárie, xerostomia, ardência bucal, perda óssea, gengivite, etc), mas que, como parte do todo, observar-se-á os fenômenos que estejam ocorrendo em todas as partes do corpo.

Sendo assim, não exclui, como prática clínica, atuar conjuntamente com outras áreas profissionais que se fizerem necessárias. Estou ciente que em procedimentos odontológicos invasivos ou não podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios.

Autorizo o Cirurgião-Dentista identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento ora proposto. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações



imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento/tratamento proposto.

Declaro, ainda, que o referido profissional se mostra de acordo com as diretrizes do código de defesa do consumidor e que (a)s informações realizadas pelo cirurgião-dentista, estão de acordo com o estabelece o Art. 37. Na qual, é proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.

§ 1º É enganosa qualquer modalidade de informação ou comunicação de caráter publicitário, inteira ou parcialmente falsa, ou, por qualquer outro modo, mesmo por omissão, capaz de induzir em erro o consumidor a respeito da natureza, características, qualidade, quantidade, propriedades, origem, preço e quaisquer outros dados sobre produtos e serviços.

Estando ainda de acordo ao disposto nos arts. 7º do Código de Ética Odontológica e 22 §1 e 34 §2 do Código de Ética Médica, bem como está de acordo com o que foi sugerido no tratamento anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: _____

RG _____ CPF: _____

Data de nascimento _____ Grau de Parentesco: _____

Londrina/ PR, _____

Assinatura do paciente / representante legal