

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA EXTRAÇÕES DENTÁRIAS

1. Eu, \_\_\_\_\_, na condição de paciente ou de responsável pelo paciente carteirinha \_\_\_\_\_, que se encontra em tratamento nesse consultório, com a GTO \_\_\_\_\_, AUTORIZO o profissional Dr(a) \_\_\_\_\_ a realizar a extração dentária do(s) seguinte(s) elemento(s) \_\_\_\_\_, considerando minha queixa e, após avaliação clínica e de exames complementares, o profissional apresentou o diagnóstico de \_\_\_\_\_.

2. Estou ciente que o procedimento de extração dentária visa eliminar focos infecciosos intra-buciais (restos de raízes dentárias, dentes amplamente cariados, dentes com comprometimento endodôntico sem possibilidades de tratamento, dentes que apresentam sinais inflamatórios e/ou infecciosos) que possam apresentar risco à saúde geral do paciente. Isso porque as bactérias presentes podem ocasionar doenças sistêmicas (endocardite bacteriana, pneumonia, infecções generalizadas, entre outras).

3. Estou ciente que a extração dentária é realizada no consultório, desde que o mesmo apresente condições clínicas favoráveis para tal procedimento.

4. Fui informado que todo procedimento pode ocorrer fato imprevisível ou de força maior, independentemente da técnica empregada ou da vontade dos profissionais envolvidos durante ou após o ato.

5. Estou ciente e de acordo que a reposição do (s) elemento (s) dentário (s) extraído (s) e demais procedimentos odontológicos necessários para restabelecer a saúde bucal são de responsabilidade do paciente.

6. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo, autorizando a realização dos procedimentos necessários e assumindo os riscos inerentes.

Eu, Dr(a). \_\_\_\_\_, CRO \_\_\_\_\_, declaro que coletei este consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo eventuais dúvidas ao paciente/ responsável.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

-----  
Ass. do Paciente/ Responsável

-----  
Cirurgião Dentista  
Ass. e Carimbo