

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TRATAMENTO PROTÉTICO

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 o tratamento protético do(s) seguinte(s) elemento(s) \_\_\_\_\_.

2. Estou ciente que o tratamento protético é realizado no consultório, desde que o paciente apresente condições clínicas favoráveis para tal procedimento.

3. 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.

4. Declaro também que foi explicado as alternativas de tratamento e que optei de livre vontade pelo tratamento proposto na GTO acima citada.

5. Estou ciente e de acordo que devo providenciar o tratamento definitivo no prazo máximo de 6 meses.

6. Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim, e que entendi o seu conteúdo, desde ao tratamento de prótese que realizarei, das condições dos dentes presentes na boca e dos tratamentos que são necessários e devem ser realizados para instalação da prótese, 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