

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) PARA TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
declaro que fui informado(a) pelo(a) cirurgião(ã)-dentista \_\_\_\_\_,  
CRO \_\_\_\_\_, que o tratamento proposto está sujeito aos seguintes riscos e intercorrências:

---

---

---

Além dos fatores acima, fui esclarecido(a) que o tratamento tem um índice de insucesso e, como todos os procedimentos de saúde, o resultado esperado também poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como a resposta biológica, e limitações da ciência, além de outras variações de ordem local ou sistêmica, como:

---

---

Informo que discuti com o(a) cirurgião(ã)-dentista minha história de saúde geral, inclusive as doenças conhecidas por mim. Declaro, outrossim, com base no Código de Defesa do Consumidor – Lei no 8.078 de 11/09/90, que, além das possíveis intercorrências citadas acima, fui devidamente informado(a) sobre os propósitos dos procedimentos e seus custos. Quanto às alternativas de tratamento, fui esclarecido(a) sobre as vantagens e desvantagens de outras técnicas, tais como:

---

---

e optei pela proposta descrita na Guia de Tratamento Odontológica nº \_\_\_\_\_.

Fui orientado(a) sobre as seguintes condições e cuidados pré e pós-operatórios necessários para pleno êxito do tratamento:

---

---

Portanto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações do(a) cirurgião(ã)-dentista, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos realizados e comparecer pontualmente às consultas marcadas.

Tenho ciência de que o(a) cirurgião(ã)-dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do tratamento e que também responde por todos os insucessos decorrentes de falha técnica na execução de seus serviços.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

---

Paciente

---

Cirurgião-Dentista