

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

José Marcos de Matos Pinheiro Endodontista CRO-MA 414
Av. Colares Moreira 444 Sala 224 Renascença II CEP 65076-441

Declaração do Paciente

Eu, _____,
(nome completo do paciente ou representante legal)

representando _____
(nome do menor)

estado civil _____, profissão _____,

portador(a) do RG _____ UF _____

CPF _____, residente e domiciliado

Declaro que informei ao Cirurgião-Dentista meu histórico médico-odontológico e que fui suficientemente esclarecido sobre os procedimentos clínicos, diagnóstico, meios e objetivos do tratamento, bem como seus riscos, benefícios, garantia ou não do resultado final, prognóstico, alternativas terapêuticas, vantagens e desvantagens, além dos riscos e consequências da recusa e interrupção do tratamento, cuidados pré e pós-operatórios, custo e tempo aproximado do tratamento.

Fico ciente que as minhas ausências e falta de cumprimento das orientações podem comprometer o resultado esperado e que devo comunicar imediatamente qualquer problema ou alteração decorrente do tratamento.

Estando, portanto, plenamente informado(a) a respeito do tratamento, aceito e autorizo a execução do tratamento _____

São Luís, ____/____/____.

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Assinatura do Cirurgião-Dentista