

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para Tratamentos Odontológicos

Pelo presente instrumento, eu, João Oliveira, paciente, residente em Rua XV de Novembro, 123, aqui representado por Maria Santos, portadora do CPF nº 123.456.789-01, declaro que fui devidamente informado pelo cirurgião-dentista Dra. Ana Silva, inscrita no Conselho Regional de Odontologia sob o nº CRO-XX 12345, com consultório localizado à Av. Sete de Setembro, 9999 - Centro, que o tratamento proposto está sujeito aos seguintes riscos e intercorrências: [Descrição dos Riscos e Intercorrências].

Além dos fatores acima, fui esclarecido 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: [Fatores Individuais e Limitações do Tratamento].

Informo que discuti com a cirurgiã-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 sobre os propósitos dos procedimentos e seus custos.

Quanto às alternativas de tratamento, fui esclarecido sobre as vantagens e desvantagens de outras técnicas, tais como: [Alternativas de Tratamento, Vantagens e Desvantagens] e optei pela proposta descrita na Guia de Tratamento Odontológica nº [Número da Guia de Tratamento Odontológico].

Fui orientado sobre as seguintes condições e cuidados pré e pós-operatórios necessários para pleno êxito do tratamento: [Cuidados Pré e Pós-operatório].

Portanto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações da cirurgiã-dentista, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos realizados e comparecer

pontualmente às consultas marcadas.

Tenho ciência de que a cirurgiã-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.

São Paulo, 2025-01-01

João Oliveira / Paciente

Maria Santos - 123.456.789-01 / Representante Legal

Dra. Ana Silva - 123.456.789-02 / Cirurgião-Dentista