



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MARÍLIA
Av. Vicente Ferreira, 828 - CEP: 17515-900 – Marília / SP - CNPJ: 52.049.244/0001-62
Fone: (14) 3402-5555 / Fax: (14) 3402-5559
site: www.santacasamarilia.com.br

TCLE “TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO”

EXODONTIA

(Resolução CMF n. 1.931/2009 - Código de Ética Médica)

O (a) paciente ou seu (sua) responsável abaixo, autoriza o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a realização do procedimento odontológico cirúrgico designado de “**EXODONTIA**”, após avaliação minuciosa e criteriosa da cavidade oral pelo cirurgião-dentista, no qual, se obteve o (s) seguinte (s) diagnóstico(s): _____

Definição: exodontia consiste na intervenção cirúrgica local em cavidade oral invasiva, a fim de se remover um dente, que encontra-se em estado clínico e biológico de comprometimento sem condições de ser reabilitado.

Benefícios do procedimento: intervenção terapêutica necessária decorrente de uma infecção de origem dentária ou destruição da estrutura dentária, devido risco de piora da mesma ou dor durante a internação hospitalar. O procedimento é realizado como tratamento preventivo de pneumonia em casos de supuração (drenagem de pus), dor latejante intensa, infecção generalizada por foco dentário e risco de deslocamento de bactéria dentária ao coração através da corrente sanguínea.

Riscos inerentes ao procedimento: inchaço na face, sangramento no local, febre ou infecção da ferida cirúrgica, soltura dos pontos, dor local.

Frente ao exposto, o(a) paciente ou seu(sua) responsável está ciente, de acordo e foi esclarecido das seguintes condições:

1. Recebeu, através do cirurgião-dentista, informações de forma clara quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, além dos riscos e/ou benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da (s) alteração (ões) diagnosticada (s).
2. Declara ciência e está de acordo que a reabilitação do (s) elemento (s) dentário (s) extraído (s) para reestabelecimento da saúde bucal é de responsabilidade do paciente ou responsável pelo mesmo.
3. Está ciente que poderá revogar o consentimento prestado a qualquer momento antes que o procedimento seja realizado, porém deverá assinar novamente o termo de recusa.
4. Autoriza o envio de cópia do prontuário quando solicitado por autoridades.

Concorda com o tratamento acima proposto, e atesta que recebeu neste momento uma cópia e possui pleno conhecimento de todo o teor do presente termo.

Marília, _____ de _____ de 20 ____.

Paciente

Nome: _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Responsável

Nome (grau de parentesco): _____

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

Cirurgião (a) Dentista

Nome do Cirurgião (a) Dentista responsável: _____

CRO/SP: _____

Assinatura do Cirurgião (a) Dentista Responsável: _____