



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”

REMOÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO

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

O presente termo autoriza o procedimento de **REMOÇÃO DE APARELHO ORTODÔNTICO**, a ser realizado nessa unidade de internação hospitalar (UTI).

Declaro que:

1. Autorizo a remoção do aparelho ortodôntico (dentário).
2. Fui informado (a) pela Cirurgiã-dentista da instituição, sobre a necessidade de promover a remoção do aparelho ortodôntico, pois o mesmo pode apresentar riscos à saúde do paciente, uma vez que é fonte de focos infecciosos, pode ocasionar trauma em mucosa bucal, pode ocorrer soltura de bracket e bronco aspiração do mesmo (descolamento de objeto para o pulmão), o fio de aço do aparelho ortodôntico pode apresentar soltura e perfurar cavidade oral assim como dispositivo médico (cânula que esteja auxiliando a respiração do paciente), pode promover impedimento para a realização da higiene oral de forma adequada removendo biofilmes/ placa dentária e resíduos alimentares, a permanência do mesmo pode interferir na realização de exame de imagem como RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.
3. Tive a oportunidade de livremente perguntar e sanar todas as dúvidas pertinentes ao procedimento.
4. Estou ciente de que a instituição hospitalar não se responsabiliza pela manutenção do tratamento ortodôntico nem pela recolocação do aparelho.

Certifico que li o presente termo, o que foi explicado, pela cirurgiã-dentista, inclusive quanto a possibilidade de sua revogação, de forma clara, objetiva e em linguagem compreensível. Concordo com tudo que me foi esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais me foram respondidas de forma compreensível, não ficando dúvidas adicionais.

O presente termo pode ser revogado previamente a realização do mesmo.

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: _____