

**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 ____/____/____

RESPONSÁVEL LEGAL

BENEFICIÁRIO(A) / PACIENTE

CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA