

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por esse instrumento de autorização, por mim assinado, eu, ELENILDA DA SILVA SANTOS, nascida em 09/09/1999, portador do RG nº: 4056706-0, residente à Rua Paulo Neto – Jacintinho (Maceió-Alagoas), declaro que:

1. Estou ciente de que, se trata de uma instituição de ensino, em que TODOS os procedimentos clínicos serão executados por alunos da graduação do curso de Odontologia do Centro Universitário Tiradentes (UNIT), sob supervisão dos professores responsáveis por casa especialidade;

2. Autorizo os professores, alunos, monitores e os assistentes, todos os envolvidos no tratamento a realizarem quaisquer procedimentos necessários ao tratamento previamente acordado. Concordo em seguir com todas as orientações e recomendações propostas, todas relativas ao tratamento acordado, sendo minha inteira responsabilidade o cumprimento das orientações;

3. Permito o uso de todos os dados do meu prontuário, bem como o uso de todas as imagens, para fins relacionados à pesquisa científica, acadêmicos e didáticos, como apresentação de trabalhos em congressos e divulgação em livros e/ou revistas científicas;

4. Fui informado da necessidade de responder, falando a verdade, às perguntas sobre a minha saúde e dados pessoais, porque essas informações são muito importantes para a minha saúde e segurança durante o tratamento odontológico e declaro que respondi o que me foi perguntado de livre e espontânea verdade;

5. Declaro que as informações são verdadeiras e que respondo tudo que é de meu conhecimento, inclusive o que não foi perguntado diretamente;

6. Declaro, também, que entendi todas as perguntas que me foram feitas, permitindo-me responde-las com sinceridade após ter recebido todas as explicações necessárias do profissional;

7. Tenho consciência de que a não informação de algum dado específico de saúde poderá trazer dificuldade durante o tratamento odontológico, bem como colocar em risco a minha saúde e de toda a equipe envolvida;

8. Comprometo-me a informar qualquer novo dado com relação à minha saúde bem como qualquer alteração nos dados fornecidos na Anamnese realizada neste dia, ou quando da ocorrência de novos fatos (ex.: novos medicamentos, novos tratamentos, alguma doença, etc.);

9. Fui informado (a) e esclarecido (a) sobre todas as possibilidades de tratamento e sobre os objetivos e riscos que cada um deles apresenta;

10. Fui esclarecido (a) sobre todas as etapas que envolvem a realização e finalização do tratamento;

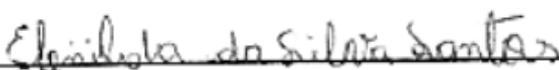
11. Aceito e autorizo a realização do tratamento no Centro Universitário Tiradentes (UNIT) e comprometo-me a cumprir as orientações da equipe odontológica;

12. Fui informado (a) e esclarecido (a) quanto ao tempo necessário para o desenvolvimento e finalização do tratamento, podendo esse ter alguns atrasos em função de acúmulos de trabalho ou problemas técnicos;

13. Entendi todas as informações que foram dadas e tive minhas dúvidas esclarecidas;

14. Declaro que respondi corretamente todos os questionamentos relativos à minha saúde, não omitindo nenhuma informação, o que possibilitou o correto diagnóstico e conseqüentemente tratamento;

Maceió, 14/11/2017



Assinatura do (a) paciente ou seu/sua responsável legal