

COLE A ETIQUETA AQUI.

**CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL**  
**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Por este instrumento, eu \_\_\_\_\_,  
Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, declaro que:

1º) Fui informado (a) pelo(a) cirurgião-dentista de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(ões) e / ou diagnóstico(s):

---

---

---

2º) Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos, alternativas de tratamento, bem como fui informado(a) sobre os benefícios e/ou riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s);

3º) Estou ciente de que, durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) de:

---

---

---

para tentar curar, ou melhorar a(s) supra-citada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situação(ões) imprevisível(eis) (fortuitas);

4º) Estou ciente de que em procedimento invasivo, como o citado, podem ocorrer complicações gerais como: alteração da mordida (temporária ou permanente); dificuldade de mastigação após a cirurgia; dificuldade de abertura e/ou movimentação bucal; mal estar após a cirurgia (dor, inchaço, febre, náuseas e vômitos) que podem durar alguns dias; sangramentos com necessidade de transfusão; infecção ou abscesso que podem requerer outro procedimento cirúrgico (inclusive drenagem); rejeição do material utilizado e/ou implantado durante o procedimento (podendo ocorrer a necessidade de nova cirurgia para a sua remoção); deformidade nasal e/ou dificuldade para respirar (no caso de cirurgias nasais); diplopia (ou seja, visão dupla, no caso de cirurgias próximas aos olhos); dificuldade para enxergar (temporária ou permanente); cegueira (parcial ou total, permanentemente); aparecimento de manchas roxas temporárias no local da cirurgia; reações alérgicas a medicamentos; sensação de anestesia, dormência ou formigamento dos lábios ou outras regiões da face (podendo ser temporária ou permanente); feridas nos lábios e na comissura labial (canto da boca); fratura da mandíbula; lesão do nervo facial (com perda temporária ou permanente dos movimentos faciais); assimetria facial (um lado do rosto ficar esteticamente diferente do outro permanentemente); presença de cicatrizes faciais permanentes; perda ou danos em dentes, próteses e restaurações bem como alterações na articulação da mandíbula (gerando dores e/ou limitações de movimentos, temporárias ou permanentes). Além disso, outras complicações associadas a este procedimento, eventualmente também podem ocorrer, como:

---

---

---

---

5º) Estou ciente de que, para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos os métodos, as técnicas e os fármacos anestésicos utilizados serão de indicação do(a) médico(a) anestesista e/ou do(a) cirurgião-dentista que assina este termo;

6º) Por livre iniciativa aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no presente termo, incluindo os procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;

7º) Se qualquer condição imprevista ocorrer durante o tratamento, confio no julgamento do cirurgião-dentista para realizar procedimentos adicionais ou diferentes daqueles que me foram explicados. **Eu autorizo fazer o que for aconselhável.** Fui esclarecido que devido a diferenças individuais entre os pacientes, há possibilidades de risco de insucesso, recidiva ou retratamento, a respeito dos cuidados tomados;

8º) Esta autorização é dada ao cirurgião-dentista \_\_\_\_\_

CRO-MG: \_\_\_\_\_ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) e de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de participação;

9º) Consinto, portanto, ao cirurgião-dentista acima citado a realizar o(s) procedimento(s) e permito que utilize o seu próprio julgamento técnico para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis através dos recursos conhecidos na atualidade pela Medicina/Odontologia e disponíveis no local onde se realiza o(s) tratamento(s);

10º) Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

11º) Comprometo-me a retornar em 10 (dez) dias após a cirurgia ou conforme determinação do cirurgião-dentista, podendo, inclusive, ser encaminhado a outro profissional apto para realizar o controle e acompanhamento pós-operatório, caso seja necessário;

12º) Autorizo a realização de filmagens / fotografias, bem como a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente, também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo cirurgião-dentista, sem qualquer ônus financeiro, presente ou futuro;

13º) Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Ponte Nova, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente ou responsável

\_\_\_\_\_  
Nome completo e legível do(a) responsável

\_\_\_\_\_  
Identidade/Órgão

**CONFIRMO** que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos, bem como, que poderá revogar a qualquer momento o consentimento que agora é concedido e firmado.

Ponte Nova, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião-Dentista / Buco-Maxilo-Facial  
CRO-MG: \_\_\_\_\_