

## Autorização para Procedimentos

Eu, \_\_\_\_\_ portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ compareci ao serviço de Pronto atendimento Odontológico da UNIFENAS, no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ hs.

Declaro que os riscos (acidentes e complicações) abaixo descritos foram devidamente descritos e explicados e estou ciente de que serei atendido por alunos, devidamente assistidos por professores para a realização do procedimento de exodontia do(s) dentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ estando ciente das limitações que envolvem as ações do aluno-aprendiz.

**Declaro, ainda que, me foi explicado a possibilidade de aproveitamento do(s) dente(s) em questão, porém por motivos pessoais, no presente momento e livre de qualquer coação, estou decidido(a) pela retirada do(s) mesmo(s).**

Estou também ciente que o ato poderá ter acidentes (ocorrem durante o ato cirúrgico) e complicações (surgidas após certo tempo do ato operatório, ou ainda pós-operatório) próprias do procedimento anestésico e cirúrgico tais como: **Acidentes:** acidentes no uso dos fórceps, desgarramento da mucosa, fratura do túber da maxila, fratura da coroa dental, fratura radicular, fratura de agulha anestésica, lesão de dentes vizinhos ou arco oposto, luxação e fratura da mandíbula, abertura do seio maxilar, penetração de raiz, dentes ou corpos estranhos no seio maxilar, abertura da cavidade nasal, penetração do dente nas vias respiratórias ou digestivas, lesão das partes moles (língua, lábios e bochechas), lesão do nervo alveolar inferior, lesão do nervo mentoniano, lesão do nervo infra-orbitário, lesão do nervo e vaso do forame palatino maior e nasopalatino, efisema após a extração, fratura secundária da mandíbula após a exodontia, comunicação buco-sinusal. **Complicações:** dor pós-operatória, infecção local e geral, edema, hematomas e equimoses, alveolite, parestesia, hemorragia, trismo, reparo dificultado e até mesmo cicatrizes do tipo quelóide caso eu seja propenso a tê-las, desordens na articulação têmpomandibular (ATM) caso não substitua o dente extraído por próteses ou qualquer outro meio.

**Depois de receber as explicações e ler o presente documento, autorizo o procedimento.**

Alfenas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Caso ocorra alguma das eventualidades acima ou outras não citadas anteriormente, descrever abaixo o ocorrido, explicar ao paciente e pedir a assinatura do paciente.

Declaro que estou sendo comunicado que durante o procedimento cirúrgico ocorreu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Em razão desta comunicação assino o presente documento.

\_\_\_\_\_ Paciente  
ou responsável legal