

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente instrumento, eu, \_\_\_\_\_, infra-assinado(a), na qualidade de responsável legal do(a) menor \_\_\_\_\_, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo cirurgião dentista \_\_\_\_\_, registrado no CRO-PR sob nº \_\_\_\_\_, sobre os procedimentos clínicos necessários a que o(a) menor será submetido, bem como do diagnóstico, prognóstico, preservação, riscos e objetivos do tratamento odontológico.

Declaro também que fui informado(a) de todos os cuidados e orientações que devo seguir a fim de alcançar os melhores resultados na manutenção da saúde bucal. Estou ciente que o tratamento não se limita apenas aos procedimentos realizados, sendo que deverei retornar ao consultório nos dias determinados pelo cirurgião dentista, bem como informá-lo imediatamente sobre possíveis alterações e/ou problemas que porventura possam surgir.

Se qualquer condição não prevista ocorrer durante os procedimentos, confio no julgamento do profissional para alterações no plano de tratamento. Eu solicito e autorizo fazer o que for aconselhado.

Tive a oportunidade de discutir com o profissional o histórico médico-odontológico, tendo preenchido uma ficha de anamnese. Concordo em cooperar completamente com as recomendações supracitadas enquanto estiver sob seus cuidados, e entendo que qualquer falta de colaboração pode resultar em diminuição ou ausência dos resultados esperados.

Certifico que tive oportunidade de ler e entender completamente os termos e palavras contidos no texto acima, e que me foram dadas explicações referentes a ele, e manifesto expressamente minha concordância e meu consentimento para realização do tratamento odontológico.

Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do representante legal do paciente

\_\_\_\_\_  
Documento de Identidade