

PACIENTE	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
<p style="text-align: center;">Cole aqui a etiqueta</p> <p>Nome: _____</p> <p>RH: _____ DN: ___/___/___</p> <p style="text-align: center;">(Preencher somente na ausência da etiqueta)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>Grau de Parentesco: _____</p> <p>RG: _____</p> <p>Telefone: (____) _____</p>

Nesta data, **DECLARO** para os devidos fins e efeitos de direito que:

- **Dou pleno consentimento** aos profissionais dentistas, do serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial para realizarem diagnóstico, planejamento e demais procedimentos pertinentes ao tratamento odontológico e Buco-Maxilo-Facial.
- **Concordo** em fornecer os resultados de exames anteriores, assim como quaisquer outros dados e/ou documentos que se fizerem necessários para concluir o melhor diagnóstico e desenvolver o plano de tratamento.
- **Descrever o diagnóstico e Tratamento.**
- **Autorizo** a realização de todos os procedimentos essenciais (exames de imagem, questionários, exames clínicos e laboratoriais), inclusive os necessários em caso de ocorrências durante o tratamento.
- **Autorizo** a utilização dos dados constantes em meu prontuário para fins didáticos e de pesquisa, desde que observados a garantia do sigilo e privacidade previstos na Constituição Federal e normas internas.
- Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu dentista que o **TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E BUCO-MAXILO-FACIAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize o **TRATAMENTO ODONTOLÓGICO E BUCO-MAXILO-FACIAL** proposto.

- E, por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor e forma, para que surta os devidos efeitos de direito.

Campinas, ____ de _____ de _____.

_____	_____
Dentista	Paciente ou Representante ou Responsável
Testemunha: _____	R.G.: _____
Testemunha: _____	R.G.: _____

Apesar de seu dentista poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu Dentista.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____/____/____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Local e data: _____

Dentista

Paciente ou Representante ou
Responsável