**FACULDADE DE ODONTOLOGIA UFPEL**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E OBRIGAÇÕES DO PACIENTE**

Eu, , RG nº, declaro que fui suficientemente esclarecido (a) sobre a minha situação de saúde bucal, ou do (a) menor pelo qual sou responsável, bem como sobre o tratamento proposto. Aceito, de forma livre e esclarecida este tratamento e permito a utilização dos dados clínicos e imagens dele resultantes para fins didáticos-científicos, desde que minha identidade, ou do (a) menor pelo qual sou responsável, seja preservada. Foi-me assegurado, também, que posso retirar a permissão para utilização deste material com fins didáticos, a qualquer tempo e por qualquer motivo por mim determinado, sem nenhum prejuízo ao tratamento a ser realizado.

Das obrigações do paciente da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas:

a) O paciente ou seu responsável se compromete a seguir as orientações realizadas pelos alunos e professores, desta Faculdade, comunicando qualquer alteração decorrente do tratamento realizado;

b) Comparecer pontualmente as consultas agendadas, justificando as faltas com antecedência mínima de 24 horas.

Será caracterizado o abandono do tratamento quando o paciente faltar a mais de 1 (uma) consulta, sem justificativa.

O paciente desde já se declara ciente de que o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à sua saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não sendo necessário a rechamada do paciente para que o abandono fique caracterizado.

Pelotas, **Selecionar a data.**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Paciente**

Em caso de menores de idade:

Nome do (a) menor: .

Nome do responsável Legal: .

Parentesco: **Escolha o parentesco**. Se outro, especificar: .

RG nº: .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Responsável Legal**