

AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE TRATAMENTO

Eu, _____, portador do documento _____. Pai, mãe ou responsável do paciente _____ abaixo assinado, declaro que os dados por mim mencionados, inclusive os cadastrais, são verdadeiros, comprometendo-me informar qualquer alteração no quadro de saúde atual do menor.

Declaro que recebi explicações sobre a natureza e propósitos dos procedimentos odontológicos previstos no Plano de Tratamento proposto, seus benefícios, riscos, alternativas e meios com que conta o Curso de Odontologia de UNIFENAS para sua realização.

Declaro que entendi e estou satisfeito(a) com todas explicações sendo que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Declaro estar ciente que a Odontologia depende de fatores biológicos e, por não ser uma ciência exata, não está assegurada garantia absoluta de sucesso no tratamento proposto.

Declaro estar ciente, que o tratamento ao qual me submeto faz parte das atividades acadêmicas deste Curso e como tal, estarei sujeito ao cronograma didático estabelecido pelas Clínicas Odontológicas da Unifenas.

Autorizo o Curso de Odontologia – UNIFENAS, por intermédio de seus alunos, devidamente assistidos por seus professores, executarem o tratamento odontológico de acordo com o planejamento proposto e aprovado por mim, bem como a realização de exames clínicos e radiográficos e se necessário, exames laboratoriais, laudos médicos, fotografias e modelos dos arcos dentais para correta execução do tratamento ou até mesmo sua suspensão.

Estou ciente que, em acaso de duas faltas consecutivas ou três faltas sem justificativas, terei meu tratamento suspenso.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal

AUTORIZAÇÃO PARA A TÉCNICA DO CONTROLE DE VOZ

Eu, _____, portador do documento _____, pai, mãe ou responsável legal do paciente _____ abaixo assinado, autorizo, se necessário, o uso da técnica de controle de voz.

A técnica de controle de voz consiste da utilização de um tom de voz sério/grave, às vezes associado a um volume mais alto, para que o paciente preste atenção no dentista e compreenda como deve se portar. É uma técnica utilizada em casos de manha ou birra como tentativa de chamar a atenção do paciente para que ele possa nos ouvir.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal

CONSENTIMENTO PARA ESTABILIZAÇÃO PROTETORA

Eu, _____, abaixo assinado, portador(a) do documento _____, pai, mãe ou responsável legal do paciente _____ autorizo, se necessário, a estabilização protetora do menor.

A estabilização protetora consiste em apoio de cabeça, braços e pernas do paciente pela equipe. É utilizada com o objetivo de evitar movimentos involuntários do paciente, visando a realização do tratamento odontopediátrico com proteção e segurança. Caso não concorde com o procedimento relatado acima, o tratamento será imediatamente suspenso.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE DADOS

Eu, _____ portador do documento _____, pai, mãe ou responsável legal do paciente _____ abaixo assinado, dou plenos direitos para que, todas as radiografias, fotografias, modelos, resultados clínico, laboratoriais e quaisquer outras informações referentes ao planejamento, e/ou tratamento tenham uso didático ou de divulgação científica (jornais, revistas periódicos, congressos, seminários, etc.), respeitados os respectivos códigos de ética.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pai, mãe ou responsável legal