

Autorização para Execução de Tratamentos

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

Declaro que recebi explicações sobre a natureza e propósitos dos procedimentos odontológicos previstos do 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 caso de duas faltas consecutivas ou três faltas sem justificativas, terei meu tratamento suspenso.

Alfenas, ____ de _____ de _____.

Assinatura do paciente ou responsável