

ANUÊNCIA

Eu \_\_\_\_\_ declaro que as informações deste prontuário, por mim prestadas, são verdadeiras. Concordo com o plano de tratamento proposto..

Irei realizar exames complementares se necessário durante o tratamento.

Estou ciente de que:

→As faltas sem justificativa às consultas são de minha responsabilidade e o não comparecimento sistemático caracteriza abandono de tratamento.

→O tratamento ortodôntico pode provocar absorções radiculares (diminuição do comprimento das raízes), lesões ao esmalte do dente (fraturas), lesões à polpa (nervo) do dente com necessidade de tratamento de canal;

→O plano de Tratamento poderá sofrer alterações e estas serão executadas com meu prévio consentimento;

→Caberá ao profissional que assina este prontuário a execução do tratamento proposto;

Autorizo, também a utilização deste caso clínico (fotografias, modelos e radiografias) para fins didáticos em aulas ou cursos bem como para publicações em revistas ou livros especializados.

Vitória da Conquista , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura Paciente ou Responsável**