



**TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PÓS
INFORMAÇÕES REFERENTES AO TRATAMENTO A SER REALIZADO**

Por este instrumento particular declaro, para efeitos éticos e legais que eu _____
RG nº _____, CPF nº _____.

Como paciente (ou como seu /sua representante legal) concordo livre e voluntariamente com a realização do tratamento odontológico proposto, esclarecendo que fui amplamente informado sobre a forma de realização, riscos e limitações do tratamento.

Por estar de pleno acordo com o teor do presente termo, assino abaixo o mesmo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Paciente