CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓCIGO

Por este instrumento particular declaro, para os efeitos legais, que eu
JANINE DE JESUS NASCIMENTO
Profissão - ESTUDANTE Portador(a) do R.G. 1422725073 SSP - BA
CPF -
Residente e domiciliado à AV PROGRESSO, S/N
Bairro - JAMBEIRO na cidade de LAURO DE FREITAS
Estado - BAHIA, concordo com absoluta consciência dos procedimentos a que vou me submeter nos termos abaixo relacionados:

1. Esclareço que recebi todas as informações sobre a minha participação neste tratamento, possuindo plena liberdade para me abster em particular do referido tratamento a qualquer momento;
2. Esclareço também, que amplamente informado(a) por um aluno, monitor ou professor, que pode ou não ser envolvido no presente tratamento, sobre os possíveis benefícios e riscos que estou me submetendo d urante este tratamento, tomando conhecimento de que o meu consentimento não exime a responsabilidade do aluno que está executando e do professor que está orientando este tratamento;
3. Estou ciente e autorizo a utilização de fotos, filmagem, modelos, exames complementares, radiografias como materiais didáticos para serem usados em aulas, congressos, apresentações cientificas e publicações;
4. Me comprometo a retornar periodicamente após o término do tratamento, para manutenção a cada 6 meses, ou conforme determinação da equipe, podendo inclusive ser designado um outro profissional apto para realizar as consultas de manutenção;
5. Todas estas normas estão de acordo com o Código de Ética Profissional Odontológico, segundo a Resolução C.F.O 179/93;
6. Estou ciente que duas faltas não justificadas resultará na minha exclusão do tratamento bem como qualquer conduta inadequada ou inconveniente em relação ao ambiente institucional e ou profissionais envolvidos;
7. Reconheço a exatidão dos registros do Relatório de Procedimentos que faz parte deste Prontuário, referente ao tratamento que me foi prestado, nas consultas à que compareci ao Ambulatório.

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

Salvador - BA, 29 de maio de 2013

Assinatura do Paciente

Assinatura do Aluno

Assinatura do Responsável pelo Paciente

Assinatura do Assistente