



**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 responsável 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 / Responsável