

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, residente e  
domiciliado à Rua/Avenida \_\_\_\_\_,  
nº \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ na qualidade de  
(pai, mãe ou responsável legal) do menor \_\_\_\_\_  
nascido aos \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, autorizo o mesmo a receber tratamento  
odontológico junto ao CECOM/UNICAMP, que oferece atendimento nas seguintes áreas:  
prevenção (educação em saúde bucal, orientação de escovação, aplicação tópica de flúor),  
dentística (restaurações dos dentes), endodontia (tratamento de canal), cirurgia (por exemplo:  
extrações de dentes), periodontia (tratamento das doenças de gengiva como gengivite e/ou  
periodontite), tratamento das disfunções das articulações temporomandibulares e atendimento de  
urgências.

Estou ciente de que, no caso da necessidade de cirurgia, receberei um comunicado para  
autorização antes do referido procedimento.

Campinas/SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura