

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