



## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que após ser informado pelo Cirurgião-Dentista \_\_\_\_\_, tenho as seguintes opções de tratamento: **RESTAURAÇÃO, TRATAMENTO DE CANAL, EXTRAÇÃO (CIRURGIA), PRÓTESE, IMPLANTE OU ORTODONTIA** do(s) elemento(s) dentário(s) n.º \_\_\_\_\_.

E sendo assim, optei e autorizei por:

- |                                      |  |                                   |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Restauração | <input type="checkbox"/> Tratamento de Canal                       | <input type="checkbox"/> Extração |
| <input type="checkbox"/> Prótese     | <input type="checkbox"/> Encaminhamento para outras especialidades |                                   |

Naviraí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_