

## TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO – ORTODONTIA

Declaro, sob as penas da lei, estar ciente que:

O Dr. (a), \_\_\_\_\_, credenciado SF Odonto para atendimento em Ortodontia sob o código \_\_\_\_\_, é responsável pelo meu tratamento ortodôntico.

Se houver perda ou quebra por uso indevido, de aparelhos removíveis ou funcionais, ou do aparelho de contenção, o novo aparelho será pago por mim, utilizando-se para cálculo a Tabela de Honorários Não Cobertos.

Se houver perda ou quebra de qualquer peça do aparelho fixo (bandas, braquetes) por alimentação incorreta ou uso indevido, poderá ser cobrado 25% do valor da manutenção mensal a cada 3 peças.

É necessária a radiografia panorâmica e telerradiografia com traçado ao final do tratamento ou nos casos de desistência/abandono, para registro no prontuário junto à São Francisco Odontologia.

É considerado abandono de tratamento a ausência de 3 manutenções mensais consecutivas, sem justificativa em ocorrência.

Estou ciente e concordo com o plano de tratamento e prazo proposto pelo profissional citado neste termo.

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

---

Paciente/Responsável Legal

---

Cirurgião-Dentista Credenciado