**Termo de Consentimento Livre Esclarecido e Informativo para tratamento e utilização de coroas odontopediátricas**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dou meu consentimento para que o Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realize o tratamento odontológico e utilização de coroas odontopediátricas.  Entendo que o objetivo do procedimento é restaurar o dente, sendo essa a melhor opção restauradora frente as condições clínicas e radiográficas do dente. Fui informado(a) das vantagens e desvantagens tanto desse tipo de procedimento assim como das outras opções restauradoras, optando então pelas coroas.

O profissional avisou-me que esta técnica não elimina a chance de insucesso, porém será minimizada caso eu tome alguns cuidados específicos:

1. O paciente não morder qualquer objeto com o dente tratado;
2. O paciente seguir as orientações pós imediato ao tratamento;
3. O paciente seguir as orientações de dieta e higiene;

Fui informado(a) dos outros possíveis métodos restauradores e as implicações de cada um deles.

É opinião do(a) profissional que a utilização das coroas será benéfica e que sem a realização do tratamento poderá ocorrer agravamento das condições atuais.

Tive a oportunidade de discutir com o profissional todas as minhas dúvidas. Concordo em cooperar completamente com as recomendações supracitadas enquanto estiver sob seus cuidados, entendo que qualquer falta de colaboração pode resultar em diminuição dos resultados ótimos.

Certifico que li e entendi completamente os termos e palavras contidos no texto acima e me foram explicações referentes a ele. Também declaro que sei ler e escrever.

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente e/ou responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do menor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_