**Termo de Consentimento Livre Esclarecido e Informativo para não instalação de mantenedor de espaço**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dou meu consentimento para que o Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ não realize a instalação do mantenedor de espaço conforme orientado. Estou ciente de que a não instalação do mantenedor pode implicar em perda de espaço, inclinação de dentes e problemas oclusais (de mordida).

Tive a oportunidade de discutir com o profissional todas as minhas dúvidas a respeito do procedimento e optei por não autorizara realização do mesmo.

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_