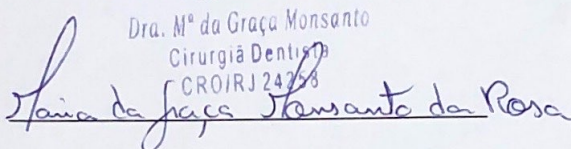


TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

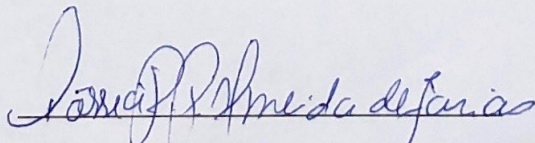
Beneficiário: Tassia Rodrigues Pinna Almeida de Faria
Carteirinha: 00202531174000041902
Guia de tratamento: 874072

Eu Maria da Graça Monsanto da Rosa CRO/RJ: 24258 declaro que os tratamentos endodôntico dos elementos 17, 26, 36 e 47 estão sem sintomatologia e não há intercorrências, podendo assim ser realizado a reabilitação protética desses elementos citados. Comprometo-me a fazer o acompanhamento clínico e radiográfico dos mesmos. A paciente está ciente da situação e de suas possíveis consequências.

Dra. M^ª da Graça Monsanto
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 24258

(assinatura do cirurgião dentista)

Declaro ter sido devidamente esclarecido (a) em linguagem leiga e clara sobre a ocorrência descrita acima, suas implicações, riscos e consequências. Concordo com a solução proposta e comprometo-me a comparecer para a avaliação de acompanhamento do meu tratamento e realizar os exames necessários que forem solicitados.

Data: 01/03/22.


(assinatura e CPF do beneficiário)