

# Autorização do Responsável



O preenchimento deste documento deve ser feito, **obrigatoriamente**, pela responsável;

Instituição:	<input type="text"/>	Série:	<input type="text"/>	Turno:	<input type="text"/>	
Nome do jovem:	<input type="text"/>					
Data de nascimento do jovem:	<input type="text"/>	Sexo:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	E-mail:	<input type="text"/>	
Nome do responsável:	<input type="text"/>					
Endereço:	<input type="text"/>				Nº:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	Barrio:	<input type="text"/>			
Cidade:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>	
Tel Casa:	<input type="text"/>		Celular:	<input type="text"/>		
Tel para recado:	<input type="text"/>		Falar com:	<input type="text"/>		

Renda Familiar Mensal: R\$	<input type="text"/>	Ocupação do Responsável:	<input type="text"/>		
Possui algum programa assistencial do governo? (Ex: Bolsa Família, Renda Mínima etc)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Qual?	<input type="text"/>		
Casa:	Própria <input type="checkbox"/>	Alugada <input type="checkbox"/>	Emprestada <input type="checkbox"/>	Financiada <input type="checkbox"/>	
O jovem possui Plano Dental?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	O jovem possui Plano de Saúde?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
Possui carro próprio?	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Modelo/Ano:	<input type="text"/>		

Autorizo o (a) Dr(a). \_\_\_\_\_ a realizar todos os procedimentos que considere necessário para o tratamento odontológico de \_\_\_\_\_.

Entendo que este tratamento é gratuito e está vinculado à força voluntária do projeto Dentista do Bem, da Turma do Bem, e que este documento assinado por mim não é garantia de atendimento.

## COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL

- Apresentar a criança/adolescente ao profissional, garantindo o seu acesso e frequência no tratamento oferecido;
- Ter ciência de que a criança não será atendida sem a presença de um responsável;
- Trazer a criança para manutenção do tratamento, de seis em seis meses, ou quando necessário;
- Entender que, se a criança faltar a três consultas (consecutivas ou não), sem justificativa, perderá o direito ao tratamento.

## O PREENCHIMENTO DESTA AUTORIZAÇÃO NÃO É GARANTIA DE TRATAMENTO.

**Declaro**, nos termos da Lei N°. 7115, de 29 de Agosto de 1983, e para os devidos fins, que sou pobre, na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear o tratamento odontológico sem sacrifício do sustento meu e da minha família.

**Por ser expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do responsável),

RG N° \_\_\_\_\_, autorizo e declaro os termos acima.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

Realização:



Turma do Bem – Projeto Dentista do Bem  
Rua Sousa Ramos, 311. Vila Mariana. São Paulo/SP. Brasil. CP: 04120-080  
+55 11 5084-7276 | dentistadobem@tdb.org.br | [www.tdb.org.br](http://www.tdb.org.br)

Patrocínio



Apoio

