



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI  
PRÓ-REITORIA DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS  
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
UNIDADE SIASS/UFVJM – DIAMANTINA/MG



## EXAME PERIÓDICO ODONTOLÓGICO

### Termo de Responsabilidade

Declaro que as informações por mim prestadas no Questionário de Saúde Geral do Programa de Exames Periódicos Odontológicos da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri são verdadeiras.

Declaro que estou ciente do planejamento estabelecido e concordo com a execução do exame no dia e horário agendados.

Declaro que estou ciente de que o Exame Periódico Odontológico constitui uma avaliação preventiva e diagnóstica geral e não implica na oferta do tratamento odontológico eventualmente necessário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_