



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.

_____, ____/____/____.
