

### **Declaração de veracidade**

Declaro que as informações prestadas por mim \_\_\_\_\_ são totalmente verdadeiras, sendo que, se omiti, ou deixei de declarar algo ao profissional Dr \_\_\_\_\_, poderei colocar em risco a minha saúde ( ou do meu dependente \_\_\_\_\_) a do profissional, e a de toda a equipe, dificultando o tratamento e contribuindo para a ocorrência de problemas durante o atendimento. Por ser verdade, firmo o presente. ( Cidade, data, assinatura do paciente, assinatura e carimbo de profissional.)

Fonte : Saliba, TA; Garbin. CAS. Noções de Odontologia Legal e bioética