

TERMO DE FINALIZAÇÃO E SATISFAÇÃO DE RESULTADO.

PROFISSIONAL DE SAUDE:

SEU NOME, brasileira, casada, cirurgião-dentista, com CRO /MG nº **XXXXX**, portador da Cédula de Identidade RG nº MG **XXXXX** e CPF nº **XXXXXX**, residente na **(Endereço completo)** com CEP **XXXXXX**, telefone nº **(XX)XXXXXXX** e e-mail: **XXXXXXX.com**, doravante denominado Contratada(o);

PACIENTE:

-.

TRATAMENTO FINALIZADO E SATISFATORIO:

-.

Através do presente, se dá por finalizado este tratamento, de modo que a assinatura e o consentimento do término aqui exarado demonstram a satisfação do paciente com o(s) procedimento(s) realizado(s), assim como no tocante aos resultado(s) obtido(s).

O(A) profissional cumpriu com seu dever de informação durante todo o tratamento assim como me manteve seguro(a), esclarecido(a) e ciente de todas as circunstancias e variáveis que compõem esse tipo de tratamento.

Como também, o paciente foi informado que cada ser humano tem uma resposta anatômica e fisiológica única, não servindo uma imagem ou um(a) modelo(a) que fez o procedimento para garantir resultado, tampouco para servir de parâmetro comparativo para aqueles que deseja se submeter a determinado procedimento.

O prontuário e demais documentos do paciente estão à disposição, ficando com o profissional as cópias dos mesmo para efeito do respeito ao disposto no código civil e Lei dos Prontuários acerca do dever de guardar a documentação de saúde.

Desta forma, com a finalidade de cumprir meu dever ético e legal de zelar por sua saúde e informa-lo adequadamente, deixo registradas as informações ao lado dispostas, pelos motivos de fato e de direito

aduzidos. Esta profissional se coloca à disposição para, além daquilo que já fora explicado, sanar qualquer dúvida no pós tratamento.

Paciente

NOME **CRO - XXXX**