**APÊNDICE B**

**ALUNO**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**TURMA**:\_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, **NOME DO RESPONSÁVEL PELO MENOR, IDADE, RG** responsável pelo menor **NOME DO MENOR** autorizo a participação de um trabalho realizado pela **NOME DA EQUIPE**,, cujos objetivos serão avaliar a saúde bucal de todas as crianças de até 5 anos de idade e realizar o tratamento preventivo e curativo, além do desenvolvimento de atividades educativas e recreativas com o foco em saúde bucal.

Além disso, recebi a informação de que o menor receberá tratamento odontológico, quando necessário, que será realizado no **NOME DO Centro Educação Infantil**, por profissional capacitado que atue na unidade de saúde. Em casos avançados da doença cárie, os pais serão notificados e a criança encaminhada para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

Por esta ser a expressão da minha vontade, declaro que autorizo a participação do menor acima, e assino a presente autorização.

**CIDADE,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_ \_ .**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO MENOR**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL**