

2-N^a

Dados do Beneficiário

13-Normie

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

0.25 -
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Exercitante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO	7491	MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) contra(s) o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Raimondo Monato Stelling, Jr.