

2-N^o27

10, que após ter sido devidamente esclarecido os propositos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações de profissional assistente e/ou, com de acordo com o Tratamento realizado, comprometo-me a arcar com os custos consuntivos previsto em contrato.

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

05/04/20
Cirurgia - Dentista
CRO RJ 24681

CRO RJ 2465

5-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

1st one line

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

maximal effort

03/01/2016, 10:00:00 AM