



Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no orçamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Rotary systems

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr.^a Gisele Cristina Kimura Iussac

3	0	/	0	5	/	2	0
---	---	---	---	---	---	---	---

5	/	5	/	5
---	---	---	---	---

50 / 50

5/5/20

Circuit Court

CRC# P122986