

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e

48-Observe

100

5-1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

22. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cambio da Empresa