

Z-N



Abstract

Discordo, pois upon ter sido devidamente esclarecido os propósitos, finalidades e a finalidade do tratamento, comprometo-me a cumprir as obrigações do profissional associado e ficar com as quotas previstas no contrato. Declaro, ainda que (e) o procedimento(s) descrito(s) acima, e por minha assinatura, foi/foram realizado(s) com meu consentimento e que tenho conhecimento de que tenho assinado esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a atuar com a cautela conforme previsto em contrato.

53) Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Boticheiro

51-D-10, Exame Assinatura do Estruturado-Devilista

52-Dala, Ibriel e Assunção do Beneficiário Responderão em

3.3- Data, local e Global da Empresa

ORDER TO DEBIT CARD