

[illegible][illegible]

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observa

50-Dados e Assinatura do Conselho-Definitivo-Solicitante	51-Dados, local e Assinatura do Conselho-Definitivo	52-Dados, local e Assinatura do Presidente do Conselho de Responsáveis	53-Dados, local e Cartão de Entrega
11/11/2012 Inês Pereira	11/11/2012 Inês Pereira	11/11/2012 Inês Pereira	11/11/2012 Dra. Denise Canton Oliveira Cirurgiã Dentista CRO 8368-PR

CROSP 4000