



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

© 1999

[illegible]

Dedarei, 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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e auxiliar, com os custos previstos em contrato. Dedarei, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores decorrentes do tratamento, e alzoar, comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

42115861930

Dra. Verônica P. de
CRO 21233-1
O. do Trabalho

200

501 Data Center, Fundação do Casarão, Poeta Solista

51 - Carta, Rec e Assinatura do Grupêdo - Duplicata
05/11/2013 Dra. Verônica B. de Azevedo - 1 RJ
2013/11/23 - 1 RJ

22. Data Local e Assinatura do Funcionário Responsável

533 Data. **Alca e Carimbo da Empresa**