



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N3

553203
INTERCÂMBIO[illegible]

que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 1. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) no tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

51 - Data, local e Assinatura do Dirigente Responsável	13/03/11				
52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/03/11				
53 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/03/11				