



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

[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) pr...mento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), folio/am realizado(s) 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-Observação

RAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
 CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
 Responsável Técnica - CRO 8307

53-Data: local e Carimbo da Empresa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307