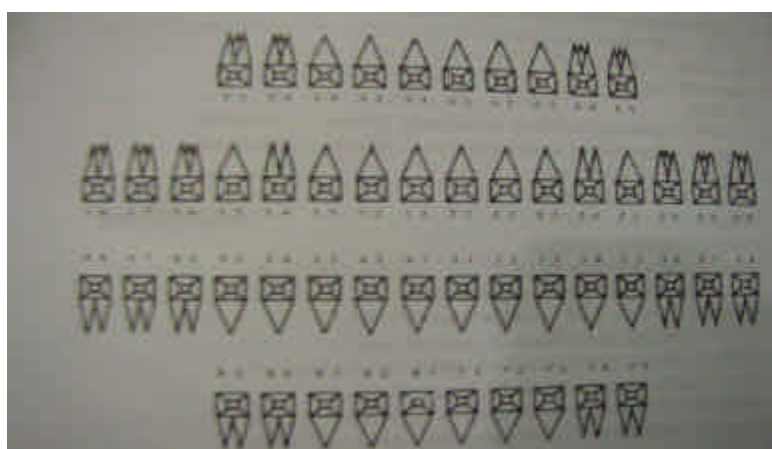
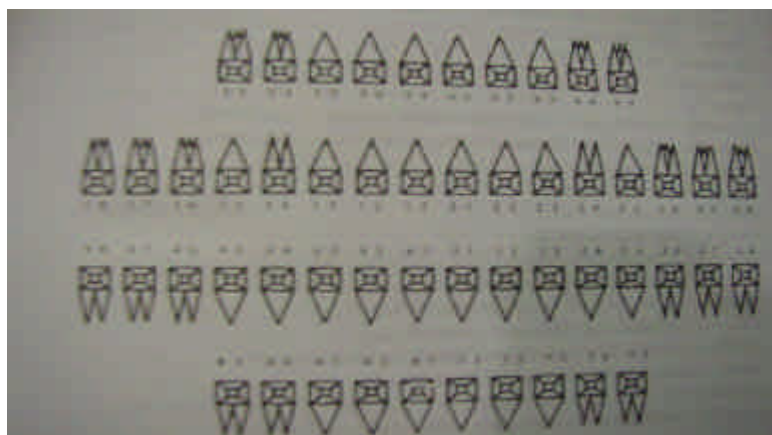


ODONTOGRAMA



PLANOS DE TRATAMENTO

Opção 1: _____

 _____;

Opção 2: _____

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 estipulados no orçamento apresentado.

Local e data.

 Assinatura do Paciente/Representante

 Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente

