

PLANOS DE TRATAMENTOS – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Opção 1:

Opção 2:

Opção 3:

Opção escolhida, tempo de execução e informações adicionais:

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
ou seu Representante Legal

Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente

