PLANO DE TRATAMENTO

Declaro que, após ter sido devidamente esclarecido em linguagem clara e compreensível para leigo, sobre os propósitos, riscos, custos alternativas de tratamento, ACEITO e AUTORIZO a execução do mesmo, conforme acima apresentado, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional e arcar com os custos estipulados no orçamento apresentado. Declaro ainda estar ciente de que caso eu desista do tratamento (antes da execução), será cobrado o valor de 20% sobre o total do tratamento aqui discriminado, a título de planejamento e agendamento do procedimento.

Novo Hamburgo,___/___/___

Assinatura do paciente/Nome legível

28.05.25	Consulta Pediátrica.	
	150,00.	
	Diagnóstico: Fissura	
	dentária dente 61.	
	Solução: Recomendações	
	e acompanhamento.	
	Obs: Pode vir a ser necessário	
	tratamento de canal do	
	dente 61.	
		Dr. Henrique Cassol Cirurgião-Dentista CRO/RS 28294