

Código 17305



AUTORIZAÇÃO PARA EXODONTIA



Eu, _____,
RG _____, autorizo o Cirurgião-Dentista _____
_____, à realizar a exodontia do(s) elemento(s)
dentário(s) nº _____.

Naviraí, ____/____/____.

Assinatura do paciente



AUTORIZAÇÃO PARA EXODONTIA



Eu, _____,
RG _____, autorizo o Cirurgião-Dentista _____
_____, à realizar a exodontia do(s) elemento(s)
dentário(s) nº _____.

Naviraí, ____/____/____.

Assinatura do paciente