



Município de Espírito Santo do Pinhal
Estado de São Paulo
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Autorização para Tratamento Dentário

Eu, _____ Autorizo a
realização do Tratamento Dentário, inclusive extração do dente _____
_____, de meu filho (a) _____

Espírito Santo do Pinhal, _____ de _____ de _____

Assinatura do Pai ou Responsável