

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Prezado(a) Cliente,

Foi constatado por nossa equipe que, pelos motivos descritos abaixo, há inadequações em materiais enviados para a nossa equipe para a realização dos serviços laboratoriais.

Nome do Cliente:

Nome do Paciente:

MOTIVO DA INADEQUAÇÃO:

.....
.....
.....
.....
.....

AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDER O SERVIÇO

Eu,,
mesmo sendo alertado pela equipe do JC Estética Dentária sobre inadequação de
materiais enviados ao laboratório, autorizo a realização do serviço, assumindo todas as
responsabilidades pelos resultados e eventuais custos de repetição.

Data: ____ / ____ /

Assinatura: