



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu _____, matrícula: _____ tenho ciência que o profissional:
_____, CPF/CNPJ _____

Não está credenciado perante esta instituição para a realização do(s) procedimento(s):

_____, mas é do meu interesse que o mesmo seja realizado por
ele(a).

Rio de Janeiro _____ de _____ de _____.

Assinatura