

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



24

420582
INTERCÂMBIO49-Observations

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tolliram realizado conforme o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato referentes ao tratamento realizado.

50-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:

52-Dado local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-D-Data, local e Curitiba da Empress

α_7 Ballo Horizonte α_7 Ballo Horizonte

25711180-Bole Horizon

$\frac{27}{11} \frac{11}{10}$ Belo Horizonte

D. Wonderson Lopes, filho de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA

~~D. Wanderson Lopes Azeiteiro de Oliveira~~
~~CRIBRADO DENTISTA~~

Phthalazine

LOPES
ODONTOLOGIA