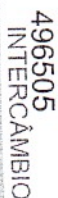


2-N<sup>a</sup>Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

---

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato

49-Observation

Rua Japura, N.º 430  
CEP: 60.222-772

11/11/2023

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

51-Da[redacted] local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do beneficiário / responsável

|         |                                                         |  |
|---------|---------------------------------------------------------|--|
| 51-Dat# | local e Assinatura do <b>Pluriprof-Dentista</b>         |  |
| 52-Dat# | local e Assinatura do <b>participante / responsável</b> |  |

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| 50-Dat. local e Assinatura do Cliente-Dentista Solicitante |  |
| 51-Dat. local e Assinatura do Cirurgião-Dentista           |  |
| 52-Dat. local e Assinatura do Planteador / Responsável     |  |

50-Dado local e Assinatura do Grupo Dentista Solista

51-Dado local e Assinatura do Grupo Dentista

52-Dado local e Assinatura do participante / responsável

50-Dado local e Assinatura do Grupo Dentista Solista

51-Dado local e Assinatura do Grupo Dentista

52-Dado local e Assinatura do participante / responsável