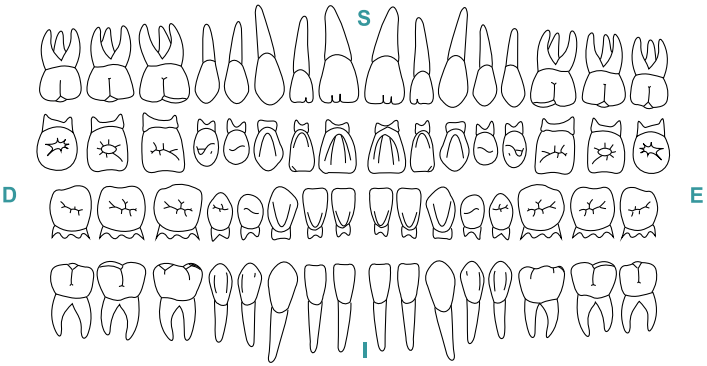
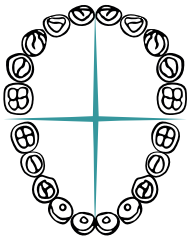
Plano de TRATAMENTO

Nome: _____ Telefone: _____

Indicação: _____ Convênio: _____





RADIOGRAFIAS

87654321 | 12345678
87654321 | 12345678

Tratamentos a serem realizados	Valor
Total	

Orçamento válido por _____ dias.

*Apresente este orçamento na próxima consulta

IMPORTANTE:

Os tratamentos serão iniciados mediante o **pagamento de 50%** (ou o que for combinado) e concluídos quando totalmente pagos

Data: ____/_____/_____

PLANOS DE PAGAMENTOS:

_____

_____

_____

Assinatura do paciente ou responsável: _____