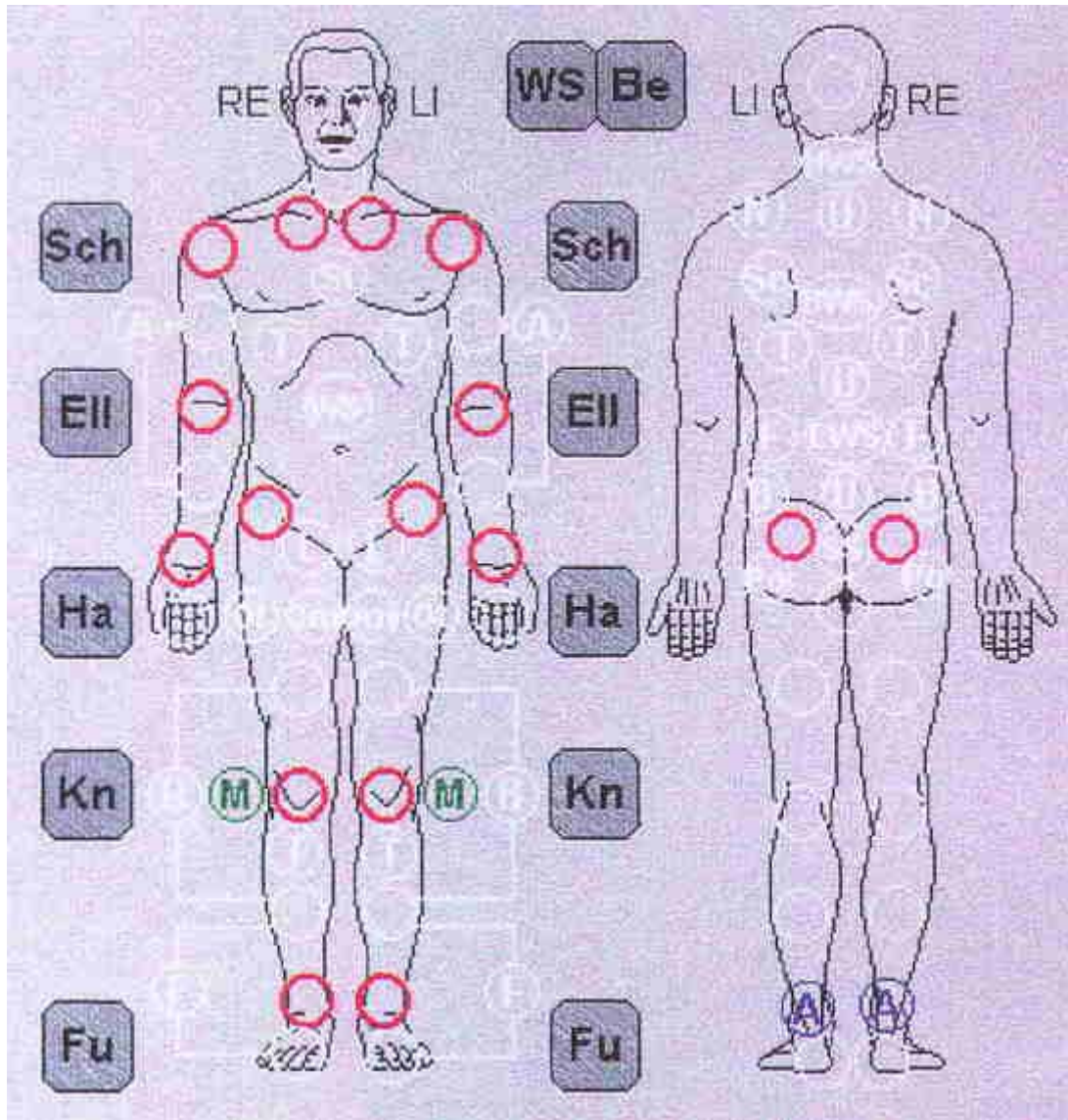


INDICAÇÃO DO TRATAMENTO PST ORTHO® PRESCRITO



Ao Médico: Por favor indicar articulação a tratar e descrição da mesma:

Assinatura do Médico e Data