



Ministério Público da União
Ministério Público Federal
Programa de Saúde e Assistência Social - PLAN-ASSISTE

ORÇAMENTO ODONTOLÓGICO

Nome do Paciente			Telefone do Paciente
Nome do Titular		Matrícula	Telefone do Titular
Nome do Dentista	CRO	Telefone	Cidade/Estado

Clínica ou Instituição

DENTIÇÃO PROVISÓRIA

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D					E				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

RADIOGRAFIAS

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DENTIÇÃO PERMANENTE

18	17	16	15	14	13	12	11	VESTIBULAR							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
D								E							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
								VESTIBULAR							

Nº	Quant.	Procedimento	Código	Dente	Região ou Faces	R\$	GI
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							

Total em R\$

Início Tratamento	Término Tratamento	Local	Data
Assinatura/Carimbo - Dentista		Assinatura do Paciente ou Responsável	

PERITO ODONTOLÓGICO

Nome

Endereço

Telefone

PERÍCIA INICIAL (QUANDO REQUERIDA, SUBMETER-SE A PERÍCIA DENTRO DE 15 DIAS)

Data

Assinatura

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO

Com Perícia

Sem Perícia

Data

Carimbo e Assinatura

PERÍCIA FINAL (QUANDO REQUERIDA, SUBMETER-SE A PERÍCIA DENTRO DE 05 DIAS)

Data

Assinatura

OBSERVAÇÕES