



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

D E

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
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      21 22 23 24 25 26 27 28

D E

48 47 46 45 44 43 42 41      VESTIBULAR      31 32 33 34 35 36 37 38

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