



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

ORÇAMENTO ODONTOLÓGICO

1 – DADOS DO (a) TITULAR

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
<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							
<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

VESTIBULAR

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

PERÍTO ODONTOLÓGICO

Nome

Endereço

Telefone

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

Data

Assinatura

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO

Com Perícia

Data

Carimbo e Assinatura

Sem Perícia

PERICIA INICIAL (QUANDO REQUERIDA, SUBMETER-SE A PERICIA DENTRO DE 5 DIAS)

Data

Assinatura

OBSERVAÇÕES