



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