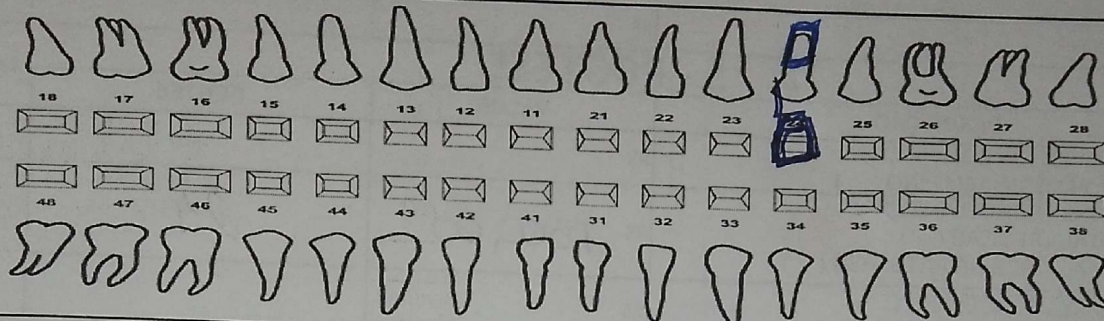


DATA: 27/03/25

PACIENTE: Djanira Rodrigues Lima
 DATA DE NASC: 29/08/1961 IDADE: 63 anos
 CPF: 274.595.308-75 RG: 14.080.774-3 TEL: 12 99626-7496
 END: R: Merida, 178 - Jd. América PROFI: do lar
 QUEIXA PRINCIPAL: _____



1 - DENTISTICA

QTD.	DESCRIÇÃO	VALOR	DENTES	REGIÃO
	CONSULTA INICIAL	R\$		
	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 1 FACE	R\$		
	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 2 FACES	R\$		
	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 3 FACES	R\$		
	RESTAURAÇÃO EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL - 4 FACES	R\$		
	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - INLAY () ONLAY ()	R\$		
	RECONSTRUÇÃO DENTAL	R\$		
	CLAREAMENTO FEITO EM CONSULTÓRIO () CLAREAMENTO CASEIRO ()	R\$		
	SERINGA GEL CLAREADOR 16 % () SERINGA GEL CLAREADOR 22 % ()	R\$		
	LENTE DE CONTATO - RESINA () LENTE DE CONTATO - PORCELANA ()	R\$		
	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	R\$		

2 - PERIODONTIA

QTD.	DESCRIÇÃO	VALOR	DENTES	REGIÃO
	PROFILAXIA (LIMPEZA SIMPLES)	R\$		
	PROFILAXIA - RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL (COMPLETA)	R\$		
	LIMPEZA DE PROTESE DENTARIA () LIMPEZA EM PROTOCOLO ()	R\$		

3 - ENDODONTIA

QTD.	DESCRIÇÃO	VALOR	DENTES	REGIÃO
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	R\$		
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	R\$		
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	R\$		
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO	R\$		
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	R\$		
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	R\$		
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	R\$		
	EMERGENCIA DE CANAL	R\$		

	CURATIVO DE CANAL	R\$		

4 - CIRURGIA / IMPLANTES

QTD.	DESCRIÇÃO	VALOR	DENTES	REGIÃO
	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	R\$		
	EXODONTIA SIMPLES DE DECÍDUO () EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE ()	R\$		
	EXODONTIA DE SISO INCLUSO / IMPACTADO	R\$		
	IMPLANTE	R\$		
	PROTOCOLO	R\$		

5 - PRÓTESE

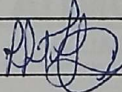
QTD.	DESCRIÇÃO	VALOR	DENTES	REGIÃO
	COROA PROVISÓRIA COM PINO () COROA PROVISÓRIA SEM PINO ()	R\$		
1	COROA TOTAL - PORCELANA (X) COROA TOTAL - RESILAB () COROA TOTAL - RESINA ARTGLASS ()	R\$ 1.500,00	24	
	ONLAY / INLAY - PORCELANA () ONLAY / INLAY - RESILAB ()	R\$		
	COROA TOTAL - METÁLICA () COROA TOTAL - METALO CERÂMICA ()	R\$		
	COROA SOBRE IMPLANTE	R\$		
	PROTESE PROTOCOLO	R\$		
	PRÓTESE FIXA	R\$		
	PRÓTESE TOTAL - PROVISÓRIA () PRÓTESE TOTAL - DEFINITIVA ()	R\$		
	PPR - METALICA () PPR - FLEX ()	R\$		
	PLACA MIORRELAXANTE	R\$		
	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	R\$		
	PINO DE FIBRA DE VIDRO (PRÉ FABRICADO)	R\$		

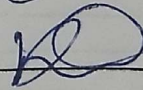
6 - ORTODONTIA

QTD.	DESCRIÇÃO	VALOR	DENTES	REGIÃO
	APARELHO - CONVENCIONAL () APARELHO - AUTOLIGADO ()	R\$		
	MENSALIDADE (MANUTENÇÃO)	R\$		
	ALINHADORES INVISÍVEIS -	R\$		

OBSERVAÇÃO

Declaro estar ciente e de acordo com o orçamento detalhado apresentado para os procedimentos odontológicos a serem realizados. Compreendo que o valor total estimado corresponde aos serviços descritos no presente documento e que quaisquer alterações ou procedimentos adicionais serão previamente informados e acordados entre as partes.

PACIENTE/ CLIENTE: 

CIRURGIÃO DENTISTA: 

ENTRADA: _____

FORMA DE PG: _____

TOTAL: R\$ 1.500,00