

**RADIOGRAFIAS**87654321|12345678  
87654321|12345678**ORÇAMENTO**

(Válido por \_\_\_\_\_ dias)

Dias de tratamento: 2ª ☐ 3ª ☐ 4ª ☐ 5ª ☐ 6ª ☐ Sáb. ☐

Horário \_\_\_\_\_

Ilmo(a) Sr. (a) Alysson Rodrigo Sordoli

Endereço \_\_\_\_\_

**SERVIÇO A EXECUTAR****IMPORTÂNCIA  
R\$**

02 Cerecos total metalicos

1.145,00

02 Recimentações Protéticos

268,00

Dra. Rosirene Ap. Ferreira Elias  
Cirurgiã-Dentista  
CROSP-52199**QUEIRA APRESENTAR ESTE ORÇAMENTO  
NA PRÓXIMA CONSULTA****TOTAL R\$**

1.409,00

**IMPORTANTE:**

Os tratamentos serão iniciados mediante o pagamento de 50% (ou o que for combinado) e, concluídos quando totalmente pagos.

Data

junho 22

Cirurgião Dentista

**PLANO DE PAGAMENTOS**

Autorização do Paciente pelos trabalhos a serem executados

Não vale como recibo