

Plano de tratamento odontológico

Clínica / dentista

Data

Paciente

Data de nascimento

Telefone

Nº	Dente	Diagnóstico	Procedimento	Custo est.	Situação
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Total estimado

Pago até agora

Saldo

Observações e alternativas conversadas

Assinatura do paciente

Assinatura do dentista