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 _____