

Nome do Paciente: SAMUEL PEREIRA FRAGA DA SILVA (CPF: 344.175.458-12)

Data da Avaliação: 31/08/2023

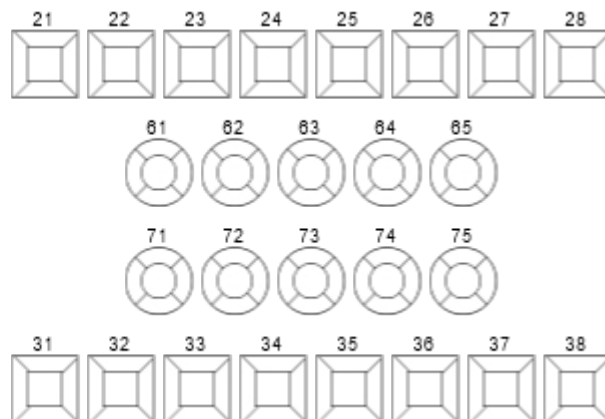
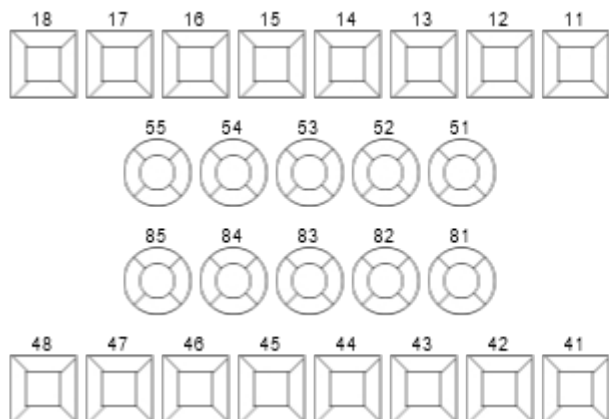
Código do Paciente: 6563974

ID da Avaliação: 8561642

Telefone(s): Cel: (41)-9504-5240

ID do Orçamento:

Opção 1



Código	Procedimento	Fase	Dente	Qtde	Valor Unitário	Valor Total	Valor Negociado
6045	TAXA DE MONTAGEM			1	110,00	110,00	
6050	MANUTENCAO APARELHO FIXO METALICO			1	130,00	130,00	
6050	MANUTENCAO APARELHO FIXO METALICO			1	130,00	130,00	
6050	MANUTENCAO APARELHO FIXO METALICO			1	130,00	130,00	
6050	MANUTENCAO APARELHO FIXO METALICO			1	130,00	130,00	
6050	MANUTENCAO APARELHO FIXO METALICO			1	130,00	130,00	
6090	REMOCAO DO APARELHO			1	150,00	150,00	
6158	DISJUNTOR DE HIRAX			1	260,00	260,00	
990	RECONSTRUCAO EM RESINA		11	1	280,00	280,00	
990	RECONSTRUCAO EM RESINA		21	1	280,00	280,00	

VALOR TOTAL ORÇAMENTO OPÇÃO

1

1.730,00

.....
Rubrica Paciente

Nome do Paciente: SAMUEL PEREIRA FRAGA DA SILVA (CPF: 344.175.458-12)**Data da Avaliação:** 31/08/2023**Código do Paciente:** 6563974**ID da Avaliação:** 8561577**Telefone(s):** Cel: (41)-9504-5240**ID do Orçamento:**

Concordo com o planejamento realizado e declaro que tal valor fica confirmado para os fins do contrato firmado.

O valor do tratamento eleito pelo cliente (opção do paciente) no valor de R\$

A especificação dos serviços odontológicos que serão prestados no âmbito do presente contrato consta nos respectivos orçamentos, declarando a contratante ter sido devidamente esclarecida acerca de todos os procedimentos odontológicos que serão prestados, bem como dos riscos que os mesmos apresentam e dos cuidados pré e pós-tratamento e/ou cirurgia que deverão ser seguidos rigorosamente.

.....
Ass Dentista:**Dr(a).** CAROLINE PEREIRA MARTINS**CRO** 33446.....
Ass Paciente:**Paciente** SAMUEL PEREIRA FRAGA DA SILVA**RG****CPF****Data:** 31/08/2023