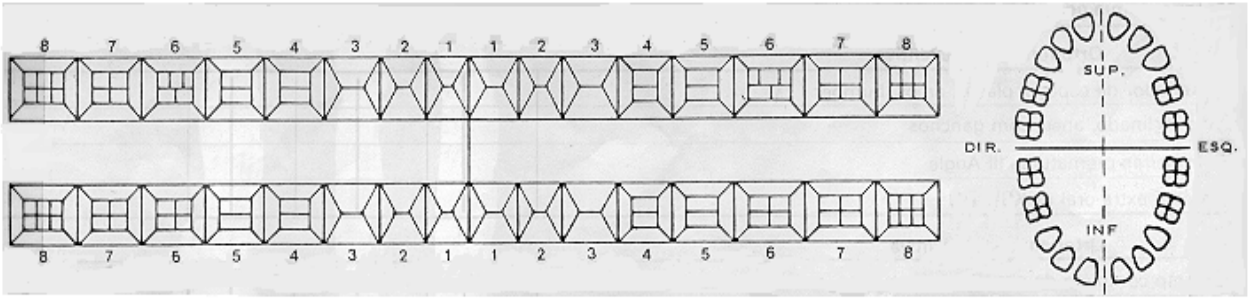
PETROS

FICHA ODONTOLÓGICA - ODO

NOME DO EMPREGADO		**MATRÍCULA**
CARGO/FUNÇÃO	**ÓRGÃO DE LOTAÇÃO**	**TELEFONE P/CONTATO**
NOME DO DEPENDENTE		**GRAU DE DEPENDÊNCIA**
DATA DO NASCIMENTO		**DOC. IDENTIFICAÇÃO**

ASSINALAR A ÁREA DO TRATAMENTO



ESPECIFICAÇÃO	CÓDIGO DA TABELA	QUANT.	DENTES	US	PREÇO (R$)

PARA PREENCHIMENTO DO DENTISTA	
CARIMBO DO ISS	**ORÇAMENTO** TOTAL _____ 1ªPARCELA _____ SALDO
	DENTISTA _____ _____ DATA ASSINATURA E CARIMBO C.R.O.
DATA PREVISTA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO: _____ / _____ / _____	

LAUDO DO PERITO	
PERÍCIA INICIAL	**PERÍCIA FINAL**
_____ _____	_____ _____
DATA ASSINATURA	DATA ASSINATURA

PARECER EXCLUSIVAMENTE PARA ORTODONTIA	
PERÍCIA INICIAL	**PERÍCIA DE INSTALAÇÃO DO APARELHO**
_____ _____	_____ _____
DATA ASSINATURA	DATA ASSINATURA
PERÍCIA INTERMEDIÁRIA	**PERÍCIA FINAL**
_____ _____	_____ _____
DATA ASSINATURA	DATA ASSINATURA

VISTO DA GPE	Data
	/ /

Dr.ª Adriana Fernandes Doria
Av. Almirante Barroso, 63 sala 1806 – Centro – Rio de Janeiro, RJ
Tel.: 21 – 3827- 4470
Whatsapp: 98831-4470
2ª a 5ª de 09:00 às 13:00 horas