

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Este formulário tem a finalidade de fazer com que o associado Omint, saiba ANTES de efetuar o tratamento, o valor a ser cobrado pelo Cirurgião Dentista, e o valor que será reembolsado pela OMINT.

<b>Dados do Associado</b>			
Nome do Paciente:			Fax:
Nºda Carteira (matrícula):	Empresa:		Plano:
<b>Dados do Profissional</b>			
Dr.(a):			
CPF/CNPJ:		CRO:	Tel.:
End.:			CEP:
Cidade:			UF:

Procedimentos										Valor em R\$
<b>1- Consulta</b>										
<b>2- Dentística Restauradora</b>	<b>Material Utilizado</b>	<b>Dente</b>	<b>Face</b>							<b>Valor em R\$</b>
Restauração			M	O	I	D	V	L	P	
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
Restauração										
<b>3- Periodontia</b>	<b>Dente</b>	<b>H1</b>	<b>H2</b>	<b>H3</b>	<b>H4</b>					<b>Valor em R\$</b>
Profilaxia										
Aplicação Tópica de Flúor										
Mantenedor de espaço										
Selante por quadrante										
Selante por elemento										
Raspagem Supra gengival										
Raspagem Sub gengival										
Placa em resina para desordens da ATM										
Tratamento de Estomatite										
Tratamento cirúrgico por quadrante										
Tratamento cirúrgico por elemento										
<b>4- Radiologia</b>	<b>Dente</b>	<b>H1</b>	<b>H2</b>	<b>H3</b>	<b>H4</b>					<b>Valor em R\$</b>
Radiografia Periapical										
Radiografia Interproximal										
Radiografia Seriada										
Documentação Ortodôntica										
Radiografia Panorâmica										

F-REL-11-V1 - 3159 Mai/08

<b>5- Odontopediatria</b>	<b>Dente</b>	<b>Valor em R\$</b>
Coroa de aço		
Tratamento com formocresol		
<b>6- Endodontia</b>	<b>Dente</b>	<b>Valor em R\$</b>
Tratamento com formocresol		
Tratamento 01 Conduto		
Tratamento 02 Condutos		
Tratamento 03 Condutos		
Retratamento 01 Conduto		
Retratamento 02 Condutos		
Retratamento 03 Condutos		
<b>7- Cirurgia Bucal Pequena - Média</b>	<b>Dente</b>	<b>Valor em R\$</b>
Extração dentária		
Gengivectomia		
Extração de dente semi-incluso		
Extração de dente incluso		
Apicectomia		
<b>8- Prótese Dentária</b>	<b>Dente</b>	<b>Valor em R\$</b>
Inlay / Onlay metálica		
Inlay / Onlay Cerâmica ou similar		
Coroa Total Metalocerâmica		
Coroa Total Metaloplástica		
Coroa Total Cerâmica ou similar sem metal		
Prótese Removível		
Prótese Total		
Confecção de provisório		
Núcleo Radicular		
<b>9- Ortodontia</b>	<b>Arcada</b>	<b>Valor em R\$</b>
Aparelho Fixo		
Aparelho Removível		
Valor de 01 Manutenção Mensal		
<b>10- Implante Ósteo Integrado</b>	<b>Dente</b>	<b>Valor em R\$</b>
Colocação de implante (cirurgia)		
Prótese sobre implante		
<b>11- Outros</b>		
<b>12- Valor total do orçamento</b>		
<b>13 - Observação</b>		
_____	_____	
Assinatura do Dentista Responsável	Administração Odontológica	