

## UNIDADE MATRIZ

CNPJ:

TELEFONE:

EMAIL:

## PRONTUÁRIO / FICHA DO PACIENTE

Nº PEDIDO: DATA:

000001 21/02/2017

NOME DO PACIENTE:

JÉSSICA SILVA SANTOS

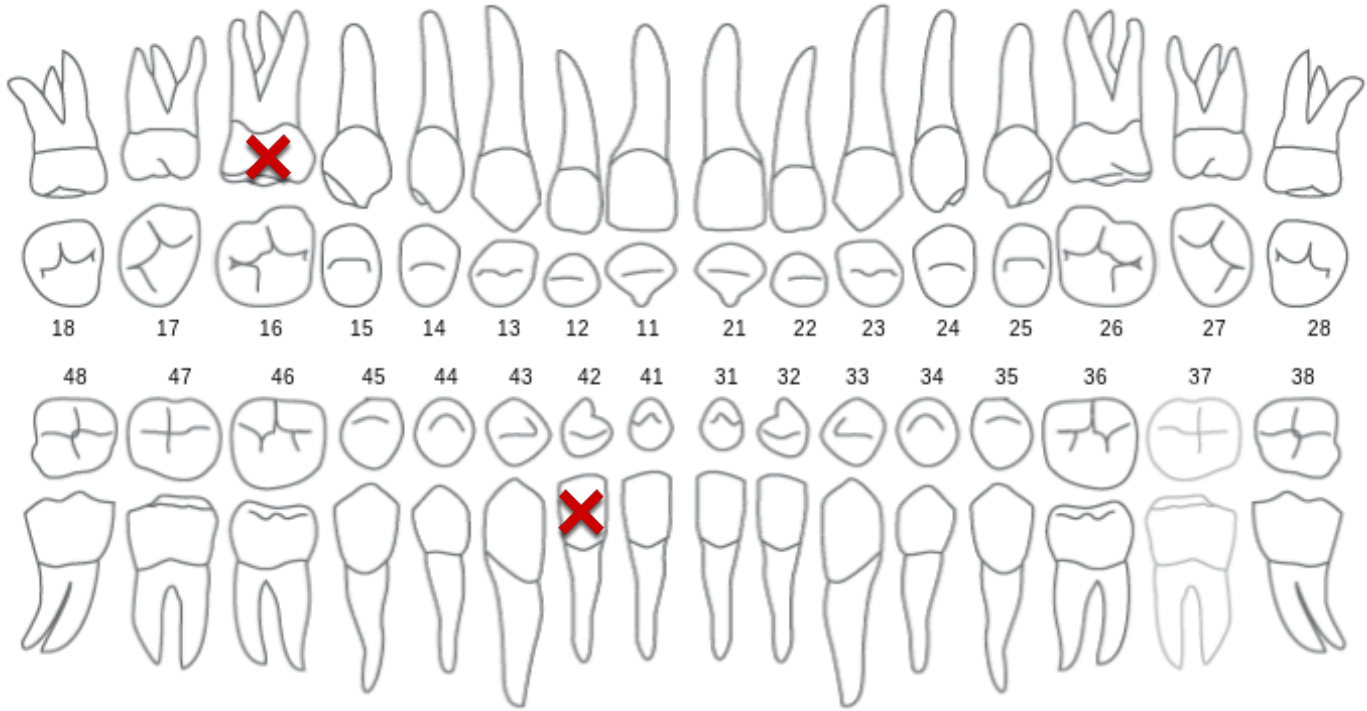
CPF:

023.854.880-51

CELULAR:

(83)1111-1111

## ODONTOGRAMA DO PACIENTE



ANOTAÇÕES /

## PROCEDIMENTOS / TRATAMENTOS REALIZADOS

DENTE:	FACE:	PROCEDIMENTO:	TOTAL R\$:
16	MESIAL	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY	80,00
42	OCLUSAL	RESTAURAÇÃO EM RESINA (INDIRETA) - ONLAY	80,00

SUBTOTAL R\$: 160,00

DESCONTO R\$:

TOTAL À PAGAR: 164,000.00

FORMA DE PAGAMENTO:

DINHEIRO