



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DIRETORIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA ODONTOLÓGICA

PACIENTE: _____

TITULAR: _____ MATR. _____

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Região/Dente	Qtd.	Descrição dos procedimentos	Materiais	Valor Unitário	Valor Total(R\$)

TOTAL:

Empresa/Cirurgião-dentista:	<p style="text-align: center;">Orientações:</p> 1) Todos os campos devem estar preenchidos corretamente e legíveis; 2) Os procedimentos devem ser realizados após expressa autorização emitida pela DISAU; 3) Os procedimentos devem ser realizados no Distrito Federal; 4) Exames e relatórios devem ser apresentados na avaliação clínica presencial (perícia); 5) A nota fiscal ou recibo deve ser emitida em nome do paciente, após a emissão da autorização inicial, e detalhar os procedimentos realizados e seus respectivos valores; 6) Casos de urgência/emergência serão tratados diretamente na avaliação clínica (perícia presencial) seguindo as normativas do Ministério da Saúde.
Endereço:	
CNPJ/CPF:	
Data: ___/___/___	
_____ Carimbo e Assinatura do profissional responsável (CRODF)	