(210 X 297 mm - 63g/m²)

PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria Municipal da Saúde

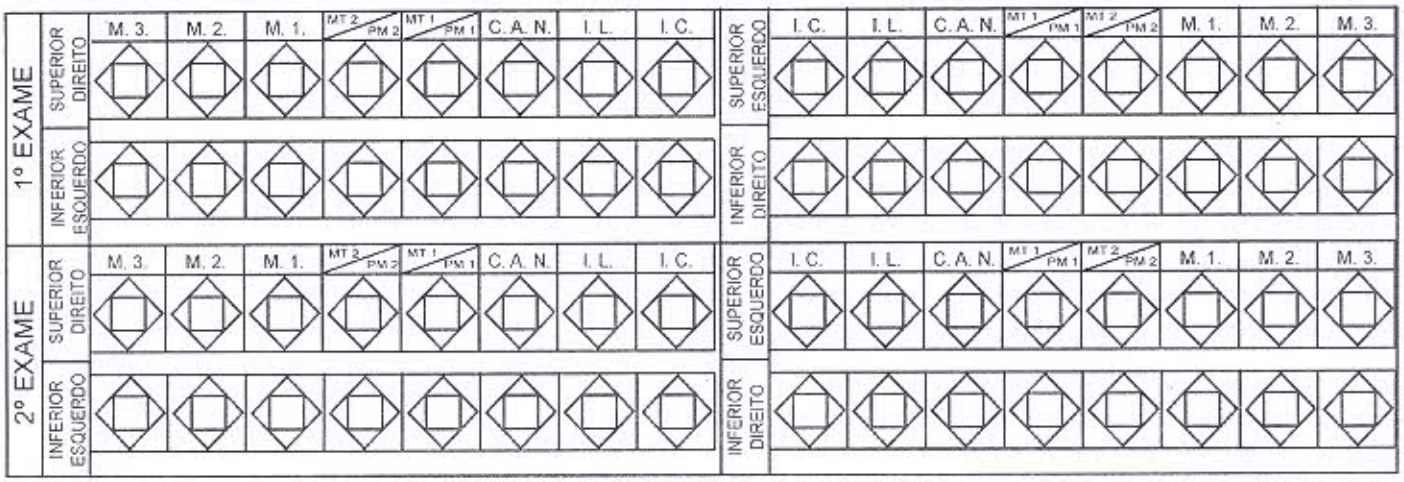
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

NOME:_____ N.º DE MATRÍCULA_____

RUA:_____ N.º_____ BAIRRO:_____ DATA NASC.:___/___/___ IDADE:_____

NOME DA MÃE:_____ TEL.:_____

1º EXAME	SUPERIOR DIREITO	M. 3.	M. 2.	M. 1.	MT 2 / PM 2	MT 1 / PM 1	C. A. N.	I. L.	I. C.	SUPERIOR ESQUERDO	I. C.	I. L.	C. A. N.	MT 1 / PM 1	MT 2 / PM 2	M. 1.	M. 2.	M. 3.
	INFERIOR ESQUERDO									INFERIOR DIREITO								
2º EXAME	SUPERIOR DIREITO	M. 3.	M. 2.	M. 1.	MT 2 / PM 2	MT 1 / PM 1	C. A. N.	I. L.	I. C.	SUPERIOR ESQUERDO	I. C.	I. L.	C. A. N.	MT 1 / PM 1	MT 2 / PM 2	M. 1.	M. 2.	M. 3.
	INFERIOR ESQUERDO									INFERIOR DIREITO								



APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	IDADE	DATA DA APLICAÇÃO
1.ª APLICAÇÃO		
2.ª APLICAÇÃO		
3.ª APLICAÇÃO		
4.ª APLICAÇÃO		
5.ª APLICAÇÃO		

SUMÁRIO

DATA	DENTES PERMANENTES					SUPERFÍCIES			PERM. ERUP.
	C.	O.	EXT.	E. I.	C.P.O.	C.	O.	C.P.O.S.	

TRATAMENTO

DATA	DENTE	SERVIÇOS REALIZADOS	RUBRICA

061.00001.0204-01