

Colégio 17402



PREFEITURA MUNICIPAL DE NAVIRAÍ

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO ODONTOLÓGICO / PSF - SAÚDE BUCAL



FICHA CLÍNICA

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Nasc. ____/____/____ Local: _____ CNS: _____

Mãe: _____ Pai: _____

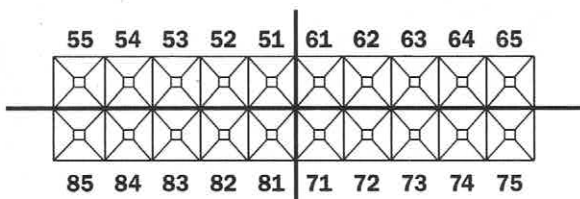
RG: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____

End.: _____ Bairro: _____ Município: _____

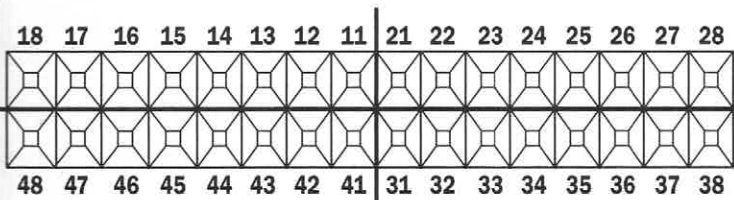
Início do Tratamento ____/____/____ Telefone: _____

TRABALHOS EXISTENTES

DENTIÇÃO DECÍDUA



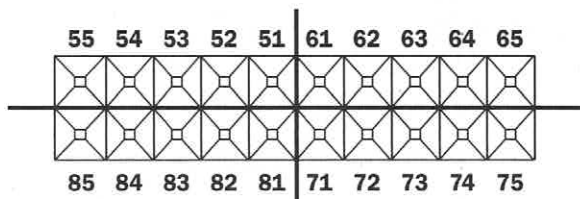
DENTIÇÃO PERMANENTE



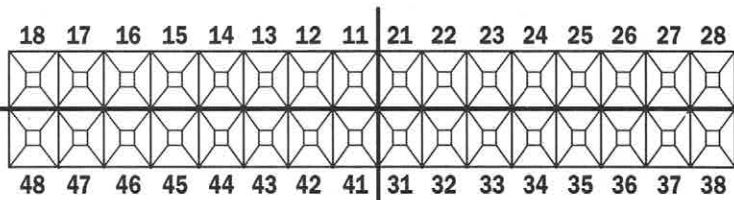
DATA ____/____/____

TRABALHOS A EXECUTAR

DENTIÇÃO DECÍDUA

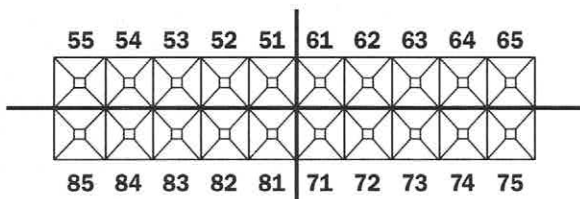


DENTIÇÃO PERMANENTE

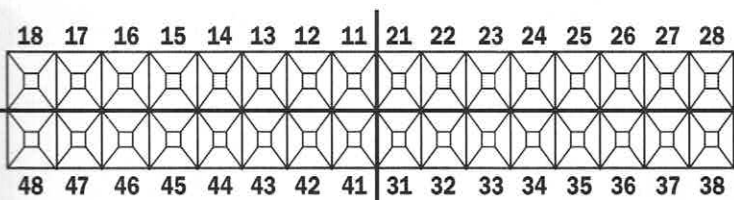


TRABALHOS EXISTENTES

DENTIÇÃO DECÍDUA



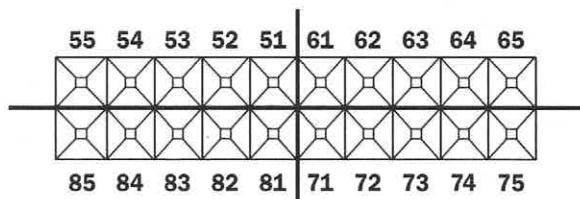
DENTIÇÃO PERMANENTE



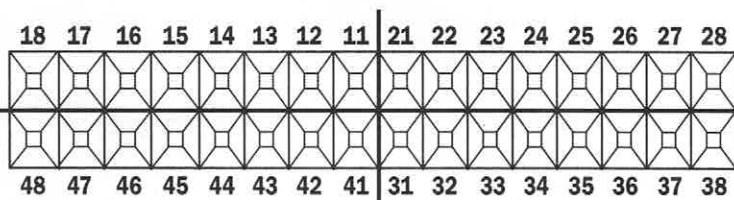
DATA ____/____/____

TRABALHOS A EXECUTAR

DENTIÇÃO DECÍDUA



DENTIÇÃO PERMANENTE



AUTORIZO(A) CIRURGIÃO(Ã)-DENTISTA, REALIZAR OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COMPLETO.

Assinatura

