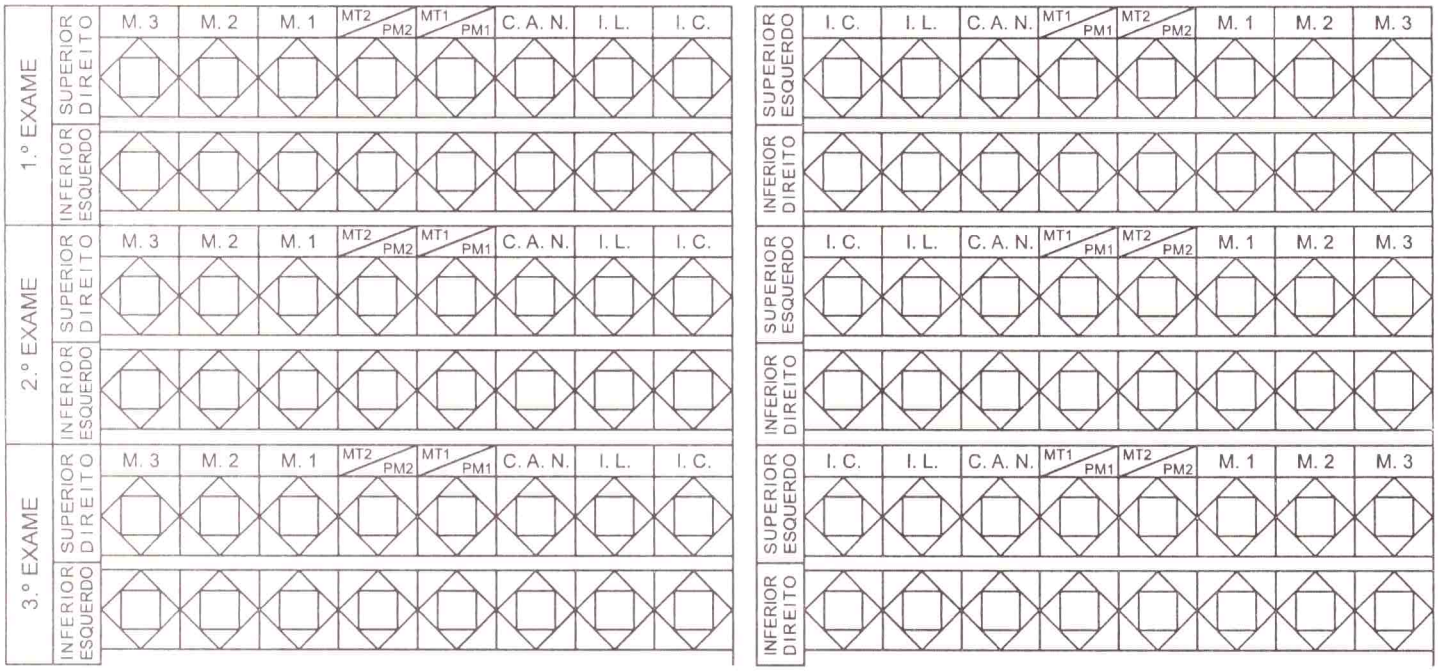
24

Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista de Saúde de Capela do Alto

Ficha de Atendimento Odontológico

NOME:_____ N.º DE MATRÍCULA:_____

OBS.:_____



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