

Nº CARTÃO

Nº CLIENTE

DATA

NOME DO CLIENTE

NOME DO MÉDICO  Nº CONVENCIONADO

Nº DE CÉDULA PROF.

### SITUAÇÃO ESTOMATOLÓGICA (ASSINALE NOS QUADRADOS RESPECTIVOS UMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES)

**C - Cárie**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1

**O - Obturado**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

**F - Falta**

**P - Prótese**

**T - Tratado (Endodonciado)**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	5.4	5.3	5.2	5.1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	8.4	8.3	8.2	8.1

**B - Bom**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1	6.2	6.3	6.4	6.5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1	7.2	7.3	7.4	7.5

### OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO MÉDICO

DATA