



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO ODONTOLOGIA

PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

____/____/____

ENDEREÇO:

SEXO: 1-Masculino

☐

2-Feminino

TELEFONE:

ESTADO CIVIL:

1-Solteiro 3-Desquitado 5-Viúvo

☐

2-Casado 4-Divorciado 6-Outros

NACIONALIDADE:

☐

1-Brasileira

2-Estrangeira

NATURALIDADE:

CARGO/FUNÇÃO:

QUESTIONÁRIO BÁSICO

Queixa Principal

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

História da doença atual

Odontograma

18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28
15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	25	26	27	28		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

SEQUÊNCIA DE UNIDADE PARA TRATAMENTO

1 - _____

5 - _____

2 - _____

6 - _____

3 - _____

7 - _____

4 - _____

8 - _____



FICHA DE PROCEDIMENTO

Nome do Paciente

[illegible]