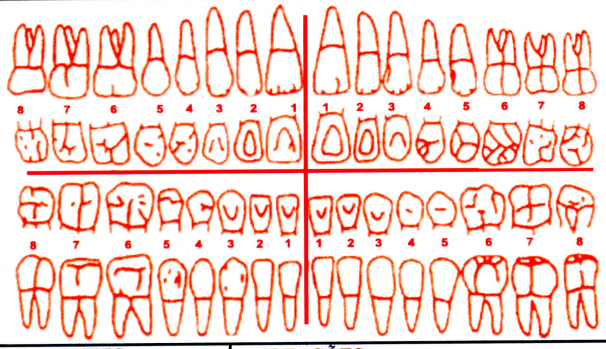
NOME | Nº

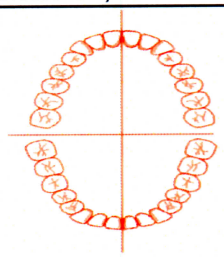
RESIDÊNCIA | TEL.:

END. COM.: | TEL.:

INDICADO POR

INÍCIO TRATAMENTO / / TÉRMINO / / INTERRUPÇÃO





RADIOGRAFIAS

D 87654321 | 12345678 E
87654321 | 12345678

DENTES

Cor Esc.

Forma

ANOTAÇÕES

TC	TS	PA-MÁX.	PA-MÍN.

SENSIB. ANESTESIA	SENSIB. ANTIBIÓTICOS