



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



SETOR DE RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA

PACIENTE:

FF: _____ N° CARTÃO SUS: _____

PROCEDÊNCIA: UBS

CIRURGIÃO DENTISTA: _____ CRO: _____

TÉCNICA | | OCLUSAL | | PERIAPICAL | | INTERPROXIMAL

NÚMERO DE RAIO X: _____ DATA: _____

D	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	E
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

TEMPORÁRIOS

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

DADOS CLÍNICOS:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____ RADIOGRAFADO EM: _____