

FICHA ODONTOLÓGICA CÓDIGO DO CREDENCIADO

--	--	--	--	--	--	--	--

RESERVADO AO DENTISTA REQUISITANTE

Nome do Beneficiário: _____

CARTÃO ISSEC

ODONTOGRAMA PERMANENTE

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

ODONTOGRAMA DECIDUO

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

RADIOGRAFIAS

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

PROCEDIMENTOS

PROCEDIMENTO	DENTE	FACE	ARCADA	DATA	ASS. DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL

OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA ODONTOLÓGICA

Carimbo e Assinatura do Credenciado

RESERVADO À AUTORIZAÇÃO

SENHA DE AUTORIZAÇÃO

--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA DA AUTORIZAÇÃO

____ / ____ / ____
 dia mês ano