



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA PONTE - MG
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE BUCAL



FICHA CLÍNICA DE PRÓTESE

Mês/Ano:	
UBS:	
Nome do Profissional:	ESF:
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:	
Cartão do SUS:	
Nome:	
Sexo: () masculino () feminino	Raça/Cor: () branca () parda () preta
Nascimento:	Nacionalidade:
Endereço:	CEP:
Telefone:	
Procedimento realizado: () PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL SUPERIOR - 07.01.07.013-7 () PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL INFERIOR - 07.01.07.012-9 () PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR - 07.01.07.010-2 () PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR - 07.01.07.009-9	
DATA DA MOLDAGEM: ____/____/____	
DATA DA ENTREGA: ____/____/____	
OBS.:	