ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES ESTADUAIS

FICHA DE ATENDIMENTO E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DIÁRIO

CONSULTÓRIO _____ _____
Código Local

DATA _____/_____/20_____

Código Dentista	Matrícula Paciente	Código Procedimento	Quantidade Procedimentos	Obs	Assinatura Paciente/Responsável

Obs: Deverá ser preenchido diariamente na ordem de atendimento.
Deverá ser digitado no sistema até 24hs após o atendimento e em seguida ser arquivado.

Nome: _____
Usuário que digitou

Data: _____/_____/20_____

Ass:_____