

H \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ dia

Aos Senhores Responsáveis

Diretoria da Escola

### RESULTADO DO EXAME ODONTOLÓGICO

Abaixo informamos o diagnóstico do exame Odontológico .

Solicitamos que procurem um dentista o mais breve possível para fazer o devido tratamento dentário.

Após a conclusão do tratamento solicite o carimbo do médico nesta ficha e entregue-o na escola.

1. Cárie no dente permanente
2. Cárie no dente de leite
3. Dente de leite precisando cuidados (obstrução)
4. Dentes progredindo para cárie (dente de leite/ dente permanente)
5. Dentes tortos ou maloclusão
6. Suspeita de deslocamento maxilar
7. Placas – Inflamação da gengiva
8. Outros ( \_\_\_\_\_ )

### RESULTADO DA CONSULTA

\_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Turma Nome \_\_\_\_\_

Nome da doença \_\_\_\_\_

- 1- Concluiu o tratamento.
- 2- Recebeu orientações
- 3- Ficará em observação.

H.    Ano    Mês    Dia    Médico Resp. \_\_\_\_\_ (F)