

NOME: _____

Sua(s) dentadura(s) são de: _____
Qual(is)? _____) Aspirina _____

(X) Não Qual(is)? _____
) Não Outra droga? _____

X Sim (X) Não Outros vícios _____
) Sim Qual(is)? _____

? Sedativos e Barbitúricos
) Sim (X) Não Problemas Cardíacos _____
) Sim (X) Não) Artrite _____

Rol Unhas? _____) Tuberculose _____
Problemas hepáticos _____

Tuberculose _____

Problemas hepáticos _____

DATA	TRATAMENTOS REALIZADOS	DÉBITO	CRÉDITO	BOLETO
18/07/24	RC 550M			
31/07/24	* Radioterapia + aplicação tópica de fluor.			
09/08/24	Radiografia pré-operatória			
09/08/24	Gentamicina pleural p/ eliminada com med.	R\$ 100,00		
	Mobilidade por trauma			