

PERIDONTOGRAMA

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO		
Nome:	Data de nascimento:	
Nº Cartão IPSM:	Nº Matrícula:	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Nome:	CNPJ:	
IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		
Nome:	CRO/UF:	Especialidade:

EXAME					Data:		
DENTES	Profundidade da Bolsa				Envolvimento defurca GRAU I, II, III	Mobilidade dentária GRAU 1, 2, 3	Sangramentogengival S/N
	M	V	D	L			
18							
17							
16							
15							
14							
13							
12							
11							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
38							
37							
36							
35							
34							
33							
32							
31							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							

Carimbo / CRO / Assinatura do Profissional: