



**COORDENAÇÃO ODONTOLÓGICA
RELATÓRIO DE URGÊNCIA**

AUTORIZAÇÃO CALL CENTER

NOME DO DENTISTA _____

ESPECIALIDADE _____

CRO _____

NOME DO USUÁRIO _____

MATRÍCULA (Nº DA CARTEIRA) _____

QUEIXA PRINCIPAL _____

HORA DO ATENDIMENTO _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

DATA: ____ / ____ / ____ ANEXO: _____

ASSINATURA DENTISTA

ASSINATURA USUÁRIO