



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS



EXAME CLÍNICO - SAÚDE BUCAL
AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE DST/AIDS - AMDA

Nº CARTÃO SUS: _____

NOME: _____

Nº: _____

EXAME EXTRA ORAL:

ASSIMETRIAS: _____

MANCHAS: _____

NÓDULOS: _____

ERUPÇÕES: _____

EXAME INTRA ORAL:

LÁBIO: _____

COMISSURA LABIAL: _____

FUNDO DE SULCO: _____

MUCOSA JUGAL: _____

ESPAÇO RETRO MOLAR: _____

PALATO: _____

OROFARINGE: _____

ASSOALHO BUCAL: _____

LÍNGUA: _____

BASE DA LÍNGUA: _____

GENGIVA E PERIODONTO: _____

ANOTAÇÕES

ASSINTAURA DO RESPONSÁVEL/ CARIMBO / DATA: _____