PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

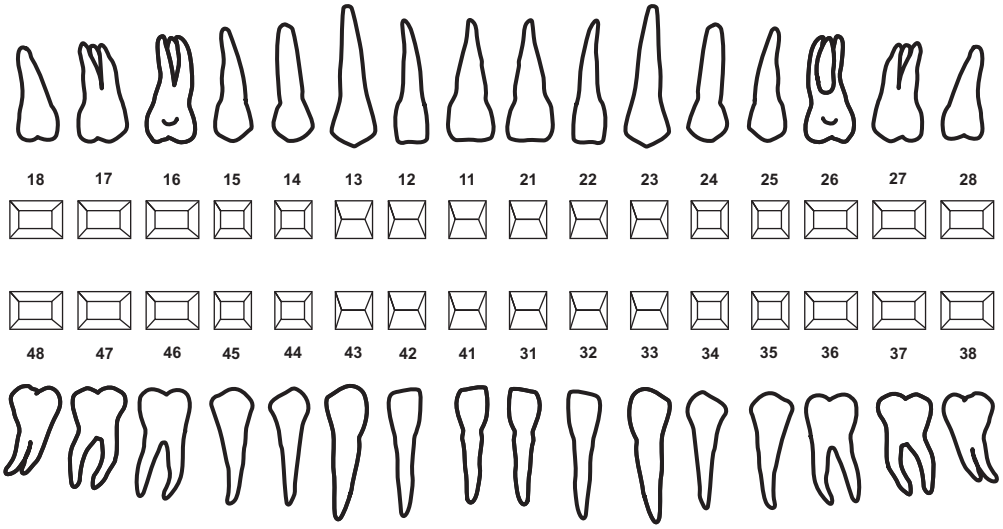
SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAMPINAS - SP

ODONTOGRAMA

AMDA - AMBULATÓRIO MUNICIPAL DE DST / AIDS

NOME:

Nº: | Nº DO CARTÃO SUS:



CONDIÇÃO OBSERVADA

A REALIZAR

REALIZADO NO TRATAMENTO

OBSERVAÇÕES

TRATAMENTOS REALIZADOS

DATA	DENTE / FACES	TRABALHOS EXECUTADOS	ASSINATURA RESPONSÁVEL

DATA	DENTE / FACES	TRABALHOS EXECUTADOS	ASSINATURA RESPONSÁVEL