



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



SISTEMA UNIFICADO E  
DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

FICHA - ODONTOLÓGICA

Nº \_\_\_\_\_

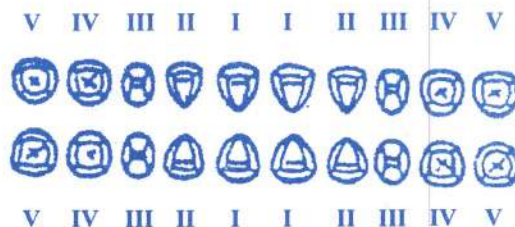
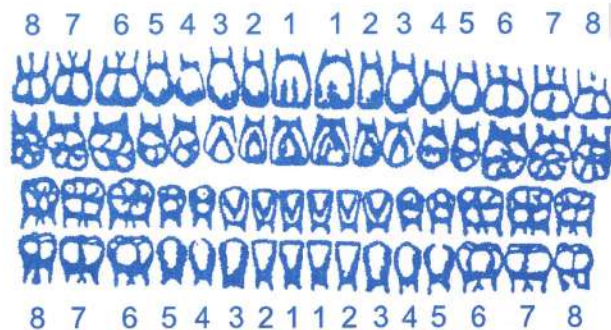
Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resid. \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Est. Civil \_\_\_\_\_ Natur. \_\_\_\_\_

Atividade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_



Esquema de referência \_\_\_\_\_

- Exame dos dentes

- Exame da boca

- Conclusão

Observações \_\_\_\_\_

