



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: \_\_\_\_\_