



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA PONTE - MG
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
 DEPARTAMENTO DE SAÚDE BUCAI



PACIENTES SUBMETIDOS AO EXAME CLÍNICO ORAL PREVENTIVO AO CÂNCER DE BOCA

UBS: _____ ESF: _____ DATA: ____/____/____

Nº	NOME:	CNS	NASCIMENTO:	HÁBITOS DELETÉRIOS:	HÁ ALTERAÇÕES:	SE SIM, LOCALIZAÇÃO:	CONDUTA:
01					() SIM () NÃO		
02					() SIM () NÃO		
03					() SIM () NÃO		
04					() SIM () NÃO		
05					() SIM () NÃO		
06					() SIM () NÃO		
07					() SIM () NÃO		
08					() SIM () NÃO		
09					() SIM () NÃO		
10					() SIM () NÃO		
11					() SIM () NÃO		
12					() SIM () NÃO		
13					() SIM () NÃO		
14					() SIM () NÃO		
15					() SIM () NÃO		
16					() SIM () NÃO		
17					() SIM () NÃO		
18					() SIM () NÃO		
19					() SIM () NÃO		
20					() SIM () NÃO		
21					() SIM () NÃO		
22					() SIM () NÃO		
23					() SIM () NÃO		
24					() SIM () NÃO		
25					() SIM () NÃO		

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____ (assinatura e carimbo CD)