



Prefeitura Municipal de Uberaba
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Saúde Bucal



FAA – FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL – ODONTOLOGIA

UNIDADE:	C.N.E.S.	DATA: HORA:	CÓDIGO DO PACIENTE	CARTÃO SUS
----------	----------	----------------	--------------------	------------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: _____	DT NASCIM: ____/____/____
ENDEREÇO: _____	SEXO: _____
BAIRRO: _____	IDADE: _____
LOCALIDADE: _____ TELEFONE: _____	UBERABA
FILIAÇÃO: _____	


ANAMNESE

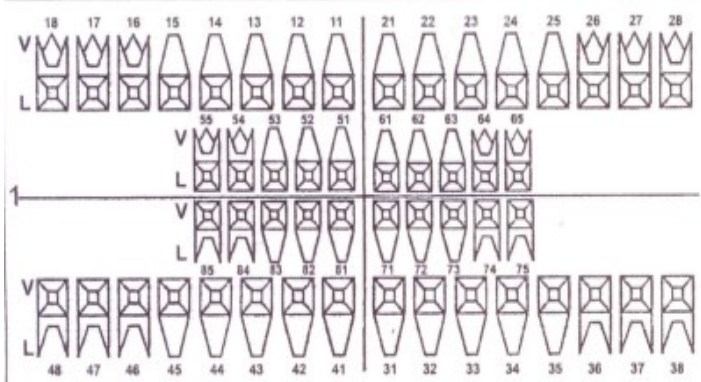
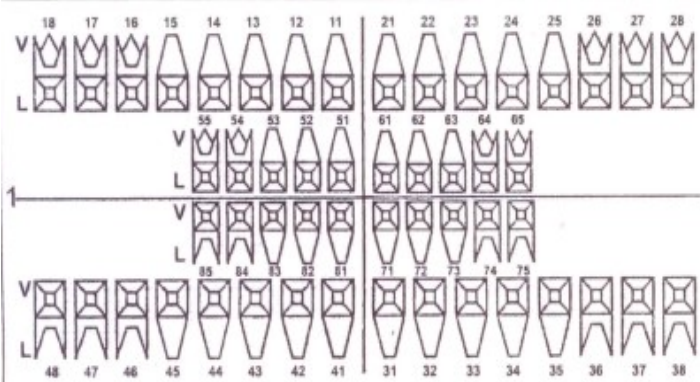
	SIM	NÃO	ESPECIFICAR
1. Teve ou tem algum problema de saúde?			
2. Faz uso de algum medicamento? Qual?			
3. Tem alergia? A que?			
4. Já teve algum sangramento excessivo?			
5. Já teve problemas com anestesia?			
6. Tem algum vício?			

PA: _____ GC: _____ Ass: _____

EXAME FÍSICO EXTRA E INTRA BUCAL (marcar na Figura)

1 – Sem alteração	2 – Com alteração
1 Cabeça e pescoço	
2 ATM	
3 Linfonodos	
4 Face e lábios	
5 Bochechas	
6 Língua	
7 Assoalho	
8 Palato	
9 Gengiva	
10 Dentes	
11 Orofaringe	
12 Outros:	



ODONTOGRAMA ANUAL	ODONTOGRAMA ANUAL
	
OBS: _____	OBS: _____
DATA: ____/____/____ CD (Ass. e Carimbo): _____	DATA: ____/____/____ CD (Ass. e Carimbo): _____

O PROFISSIONAL E O PACIENTE DEVERÃO ASSINAR AO FINAL DE CADA SESSÃO DE ATENDIMENTO

[illegible]

Estou ciente que caso eu falte a mais de 02 consultas sem justificativa e/ou aviso prévio, perderei a minha vaga, tendo que aguardar novo agendamento.

Assinatura do responsável: _____