

FICHA DE ADESÃO

Nome: _____

Matrícula: _____ Idade: _____

Telefone : () _____ E-mail: _____

Marque com X os distúrbios abaixo que apresenta ou já apresentou?

Diabetes ()

Problemas gastrointestinais ()

Hipertensão Arterial ()

Problemas articulares ()

Asma ()

Doenças crônicas Inflamatórias ()

Escova periodicamente os dentes?

() Sim () Não

Tem o hábito de passar o fio dental todos os dias?

() Sim () Não

Sua gengiva sangra quando escova os dentes?

() Sim () Não

Você tem a sensação de que seus dentes estão amolecendo?

() Sim () Não

DECLARAÇÃO

Eu, _____, desejo participar do Programa "Estar Bem" promoção e prevenção em Saúde Bucal, que terá duração de 02 anos, e para tal encaminhamento minha ficha de adesão.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário