



| Nº                                   |                                                               | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       | 11                       | 12                       | 13                       |                          |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Procedimentos (Quantidade realizada) | Profilaxia / remoção da placa bacteriana                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Pulpotomia dentária                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Radiografia Periapical / Interproximal                        | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante) | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)               | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Restauração de dente decíduo                                  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Restauração de dente permanente anterior                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Restauração de dente permanente posterior                     | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)        | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Selamento provisório de cavidade dentaria                     | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Tratamento de alveolite                                       | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Ulotomia / Ulectomia                                          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Outros (SIA)                                                  | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                               | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>             |                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| <input type="checkbox"/>             |                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| <input type="checkbox"/>             |                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| <input type="checkbox"/>             |                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| <input type="checkbox"/>             |                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| <input type="checkbox"/>             |                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| <input type="checkbox"/>             |                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
| FORNECIMENTO                         |                                                               | Escova Dental            | <input type="checkbox"/> |
|                                      | Creme Dental                                                  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Fio Dental                                                    | <input type="checkbox"/> |                          |
| CONDUTA*                             | Retorno para consulta agendada                                | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Agendamento p/ Outros Profissionais AB                        | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Agendamento p/ NASF                                           | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Agendamento p/ Grupos                                         | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | <b>Tratamento Concluído</b>                                   | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais             | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Cirurgia BMF                                                  | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Endodontia                                                    | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Estomatologia                                                 | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Implantodontia                                                | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Odontopediatria                                               | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Ortodontia / Ortopedia                                        | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                      | Periodontia                                                   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Prótese Dentária                     | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Radiologia                           | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Outros                               | <input type="checkbox"/>                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

\* Campo Obrigatório

\*\* Este campo não é obrigatório caso o tipo de atendimento for de demanda espontânea