FICHA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INDIVIDUAL

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ — SAÚDE SISTEMA E-SUS

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	TURNO	DATA:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	M T N	/ /
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO		
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|__|__|__|-|__|__|		

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº PRONTUÁRIO											
Nº CARTÃO SUS		|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Data de nascimento	Dia / mês	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	Ano										
Local de atendimento		|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Paciente com Necessidades Especiais		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gestante		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo Atendimento	Consulta Agendada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo Atendimento / Demanda Espontânea	Escuta Inicial / Orientação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo Atendimento / Demanda Espontânea	Consulta no Dia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo Atendimento / Demanda Espontânea	Atendimento de Urgência	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de Consulta	Primeira Consulta Odontológica Programática	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de Consulta	Consulta de Retorno em Odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de Consulta	Consulta de Conclusão do Tratamento em Odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tipo de Consulta	Consulta de Manutenção em Odontologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Abscesso dento alveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Alteração em tecidos moles	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Dor de dente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Fendas ou Fissuras Lábio Palatais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Fluorose dentária moderada ou severa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Traumatismo dento alveolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância em Saúde Bucal	Não identificado	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Procedimentos (Quantidade realizada)	Acesso a polpa dentária e medicação (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Adaptação de Prótese Dentária	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Aplicação de cariostático (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Aplicação de selante (por dente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Aplicação tópica de flúor (individual por sessão)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Capeamento pulpar	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Cimentação de prótese	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Drenagem de abscesso	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Evidenciação de placa bacteriana	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
Procedimentos (Quantidade realizada)	Exodontia de dente decíduo	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|

Procedimentos (Quantidade realizada)	Exodontia de dente permanente	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Instalação de prótese dentária	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Moldagem dento-gengival p/ construção de prótese dentária	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Orientação de Higiene Bucal	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Profilaxia / remoção da placa bacteriana	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Pulpotomia dentária	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Radiografia Periapical / Interproximal	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Raspagem alisamento e polimento supragengivais (por sextante)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Raspagem alisamento subgengivais (por sextante)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Restauração de dente decíduo	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Restauração de dente permanente anterior	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Restauração de dente permanente posterior	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Retirada de pontos de cirurgias básicas (por paciente)	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Selamento provisório de cavidade dentaria	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Tratamento de alveolite	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Ulotomia / Ulectomia	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Outros (SIA) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Outros (SIA) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
	Outros (SIA) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|	|__|
FORNECIMENTO	Escova Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Creme Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Fio Dental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
CONDUTA	Agendamento p/ Outros Profissionais AB	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ NASF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Agendamento p/ Grupos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	ENCAMINHAMENTO Atendimento à Pacientes c/ necessidades especiais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Cirurgia BMF	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Endodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Estomatologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Implantodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Odontopediatria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Ortodontia / Ortopedia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Periodontia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Prótese Dentária	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Radiologia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Outros	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐