



Sistema Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SAI/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial/ BPA (Consolidado)

104

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO



ENDODONTIA			
PROCEDIMENTO	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANTIDADE
URGÊNCIA (INCLUI PRESCRIÇÃO)	03.01.06.003-7	223212	
CAPEAMENTO PULPAR	03.07.01.001-5	223212	
RETORNO	03.01.01.003-0	223212	
SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)	01.01.02.009-0	223212	
ACESSO E MEDICAÇÃO	03.07.02.001-0	223212	
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO	03.07.02.002-9	223212	
OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO	03.07.02.003-7	223212	
OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. UNIRRADICULAR	03.07.02.006-1	223212	
OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. BIRRADICULAR	03.07.02.004-5	223212	
OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. TRIRRADICULAR	03.07.02.005-3	223212	
RETRATA. UNIRRADICULAR	03.07.02.010-0	223212	
RETRAT. BIRRADICULAR	03.07.02.008-8	223212	
RETRAT. TRIRRADICULAR	03.07.02.009-6	223212	
SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	03.07.02.011-8	223212	
DRENAGEM DE ABCESSO	04.01.01.003-1	223212	
RX INTERPROXIMAL	02.04.01.021-7	223212	
RX PERIAPICAL	02.04.01.022-5	223212	
TOTAL			

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)		GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	
CARIMBO	RUBRICA	CARIMBO	RUBRICA
DATA: / /		DATA: / /	



CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF							MÊS			ANO	

[illegible]

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)		GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL	
CARIMBO	RUBRICA	CARIMBO	RUBRICA
DATA: __/__/__		DATA: __/__/__	



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SAI/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial/ BPA (Consolidado)



Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

PERIODONTIA			
PROCEDIMENTO	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANTIDADE
URGÊNCIA (INCLUI PRESCRIÇÃO)	03.01.06.003-7	223248	
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR	01.01.02.007-4	223248	
RETORNO	03.01.01.003-0	223248	
RASP. CORONO RADICULAR P/ SEXT.	03.07.03.003-2	223248	
ENXERTO GENGIVAL	04.14.02.008-1	223248	
GENGIVECTOMIA	04.14.02.015-4	223248	
GENGIVOPLASTIA	04.14.02.016-2	223248	
FRENECTOMIA	04.01.01.008-2	223248	
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	04.14.02.013-8	223248	
REMOÇÃO DE SUTURA	03.01.10.015-2	223248	
TRAT. CIRURG. HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	04.14.02.035-9	223248	
TRAT. CIRUR. PERIODNTAL/SEXT	04.14.02.037-5	223248	
ULOTOMIA/ULECTOMIA	04.14.02.040-5	223248	
DRENAGEM DE ABCESSO	04.01.01.003-1	223248	
RAIO-X INTERPROXIMAL	02.04.01.021-7	223248	
RAIO-X PERIAPICAL	02.04.01.022-5	223212	
TOTAL			

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA: __/__/__

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA: __/__/__



Sistema Ministério
Único da
de Saúde Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL- SAI/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial/ BPA (Consolidado)

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MES

ANO



PROCEDIMENTO	IDADE	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANTIDADE
PRIMEIRACONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223248	
TOTAL				

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA: __/__/__

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA: __/__/__



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Presidente Castelo Branco, 4817 – Centro – Horizonte – CE.

Fone: (0xx85) 3336-6024 – Fax: (0xx85) 3336-6050

E-mail: sesauhorizonte@gmail.com



106



CADASTRO ESPAÇO SOCIAL

DATA:

PSF:

ESPAÇO SOCIAL (ESCOLA, ASSOCIAÇÃO, IGREJA, CRECHE):

ENDEREÇO:

BAIRRO:

Nº

COMPLEMENTO:

TELEFONE:

RESPONSÁVEL PELO ESPAÇO SOCIAL:

DENTISTA:

ASB:

PLANEJAMENTO OPERACIONAL

Nº DE ALUNOS 0 A 05 ANOS	Nº DE ALUNOS 06 A 14 ANOS	Nº DE ALUNOS ACIMA DE 14 ANOS
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	THD/ASB RESPONSÁVEL	ACS RESPONSÁVEL

DIMENSIONAMENTO DE MATERIAL

ESCOVAS ADULTAS:	CREME DENTAL:	FIO DENTAL:
ESCOVAS INFANTIL:		
GEL FLUORETADO:		CAIXA PLÁSTICA PARA MATERIAL:

HORIZONTE, CE

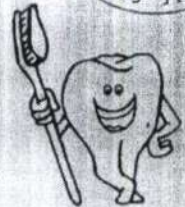
107

CEO - 3336-2094

Prefeitura Municipal de Horizonte
Secretaria de Saúde

CEO

**PACIENTE ESPECIAL
&
ODONTOPEDIATRIA**



Nome: _____

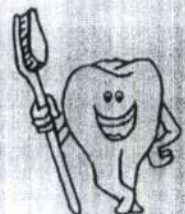


CEO - 3336-2094

Prefeitura Municipal de Horizonte
Secretaria de Saúde

CEO

**PACIENTE ESPECIAL
&
ODONTOPEDIATRIA**



Nome: _____

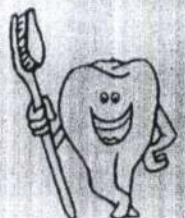


CEO - 3336-2094

Prefeitura Municipal de Horizonte
Secretaria de Saúde

CEO

**PACIENTE ESPECIAL
&
ODONTOPEDIATRIA**



Nome: _____

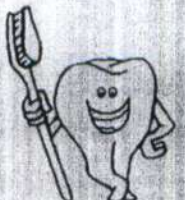


CEO - 3336-2094

Prefeitura Municipal de Horizonte
Secretaria de Saúde

CEO

**PACIENTE ESPECIAL
&
ODONTOPEDIATRIA**



Nome: _____



	DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA

PSF: _____

ACS: _____

Responsável: _____

	DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA

PSF: _____

ACS: _____

Responsável: _____

	DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA

PSF: _____

ACS: _____

Responsável: _____

	DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA

PSF: _____

ACS: _____

Responsável: _____

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICO – CEO

108

NOME: _____

DATA DE NASC. ____/____/____ IDADE: ____ NATURAL: _____

ENDEREÇO: _____

RESPONSÁVEL/ ACOMPANHANTE: _____

TELEFONES: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____ AGENTE DE SAÚDE: _____

CARTÃO DO SUS: _____



ANAMNESE

Condição Base:

Condição neurológica () Condição Psiquiátrica () Diabetes () Hipertensão ()

Doença Cardíaca () Doença Renal () Doença Hepática () Pré/Pós Transplante ()

Pré/Pós Radio/ Químico ()

Outra () _____

Descrição da condição e Diagnóstico:

Medicação em uso e posologia:

Médico Responsável e Contato:

OBS:

699
PAGINA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
		85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		55	54	53	52	51		61	62	63	64	65			
		85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			

[illegible]

109

FICHA DE ATENDIMENTO ENDODÔNTICO - CEO

DADOS PESSOAIS

NOME: _____
DATA DE NASC. ____/____/____ IDADE: ____ TELEFONE: _____
ENDEREÇO: _____ Nº _____
BAIRRO: _____ CEP: _____
UNIDADE DE SAÚDE: _____ AGENTE DE SAÚDE: _____
CARTÃO DO SUS: _____ INICIO: ____/____/____ TÉRMINIO: ____/____/____



DADOS CLINICO

DENTE: _____ DIAG.CLÍNICO/RADIOG: _____
SOLUÇÃO IRRIDORA: _____
CURATIVO DE DEMORA: _____
OBS: _____

CD RESPONSÁVEL

[Handwritten signature]



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Presidente Castelo Branco, 4817 – Centro – Horizonte – CE.
Fone: (0xx85) 3336-6024 – Fax: (0xx85) 3336-6050
E-mail: sesauhorizonte@gmail.com

HORIZONTE
Pro Fazer Muito Mais

FICHA DE CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

110

NOME: _____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____
NÚMERO: _____ BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____
CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
TEL. CEL: () _____ TEL. RES: _____ SEXO: M () F ()
DATA DE NASC: ____/____/____ IDADE: _____ PESO: _____ PROFISSÃO: _____
CARGO: _____ ESTADOCIVIL: _____



➤ Responda corretamente estas perguntas, pois a omissão de informações pode interferir no tratamento e em sua saúde.

Está em tratamento médico? () Não () Sim; Qual: _____
Já sofreu ou sofre de alguma doença? () Não () Sim; Qual: _____
Já foi hospitalizado? () Não () Sim; Motivo: _____
Já fez alguma cirurgia? () Não () Sim; Qual: _____
Apresentou alguma complicação durante ou após a cirurgia? () Não () Sim;
O que: _____
Toma algum remédio rotineiramente? () Não () Sim; Qual: _____
Tem alergia ou apresentou alguma reação? () Não () Sim; Qual: _____
Fuma? _____ Há quanto tempo? _____ Quanto por Dia? _____
Consome bebidas alcoólicas? () Não () Sim; Frequência: _____
Consome alguma droga? () Não () Sim; Qual: _____
Apresenta pressão alta ou baixa? () Não () Sim; PA.: _____
Suas pernas incham rotineiramente? () Não () Sim; Descreva: _____
Faz uso de bifosfanatos (reposição de cálcio)? () Não () Sim; Qual: _____
Mulheres: Está grávida ou amamentando no momento? () Não () Sim; Quantos meses: _____
Motivo da consulta (objetivamente): _____

Horizonte-Ce, _____ de _____ de _____.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Ass: _____ RG: _____

Nome do responsável legal: _____

Ass. Cirurgião Dentista: _____

[illegible]

TRATAMIENTO REALIZADO:

SISTÊMICAS:

ORAIS:

UNIDADE: _____

SOLICITANTE: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DR. MEMÓRIA

Rua Santa Edwírges nº 38 – Pq. Diadema – Horizonte - CE
Fone: (0xx85) 3336-2094



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DR. MEMÓRIA

Rua Santa Edwírges nº 38 – Pq. Diadema – Horizonte - CE
Fone: (0xx85) 3336-2094



**SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE PARA MELHORARMOS A QUALIDADE DOS
ATENDIMENTOS NO CEO DE HORIZONTE**

Como você chegou ao CEO de Horizonte? () Carro () Carro da Prefeitura

() Moto () Outro

Você foi atendido por qual dentista? _____

Data do seu atendimento: ____/____/____

ASSINALE UMA DAS OPÇÕES	EXCELENTE	BOM	REGULAR	PÉSSIMO
O que você achou do atendimento na recepção?	()	()	()	()
O que você achou do atendimento do dentista?	()	()	()	()
O que você achou do atendimento das auxiliares?	()	()	()	()
O que você achou da limpeza do ambiente?	()	()	()	()
O seu plano de tratamento foi explicado de forma clara a você?	() SIM	() NÃO		
Foi dada alguma orientação ao final do tratamento?	() SIM	() NÃO		
O resultado do tratamento que você buscava no CEO de Horizonte foi o que você esperava?	() SIM	() NÃO		
Que nota você daria, de 0 a 10, ao CEO?				

Você já faltou a alguma consulta no CEO de Horizonte? () SIM () NÃO
Qual motivo? _____

FAÇA SUAS SUGESTÕES / RECLAMAÇÕES / ELOGIOS:

HORIZONTE, CE

**SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE PARA MELHORARMOS A QUALIDADE DOS
ATENDIMENTOS NO CEO DE HORIZONTE**

Como você chegou ao CEO de Horizonte? () Carro () Carro da Prefeitura

() Moto () Outro

Você foi atendido por qual dentista? _____

Data do seu atendimento: ____/____/____

ASSINALE UMA DAS OPÇÕES	EXCELENTE	BOM	REGULAR	PÉSSIMO
O que você achou do atendimento na recepção?	()	()	()	()
O que você achou do atendimento do dentista?	()	()	()	()
O que você achou do atendimento das auxiliares?	()	()	()	()
O que você achou da limpeza do ambiente?	()	()	()	()
O seu plano de tratamento foi explicado de forma clara a você?	() SIM	() NÃO		
Foi dada alguma orientação ao final do tratamento?	() SIM	() NÃO		
O resultado do tratamento que você buscava no CEO de Horizonte foi o que você esperava?	() SIM	() NÃO		
Que nota você daria, de 0 a 10, ao CEO?				

Você já faltou a alguma consulta no CEO de Horizonte? () SIM () NÃO
Qual motivo? _____

FAÇA SUAS SUGESTÕES / RECLAMAÇÕES / ELOGIOS:

HORIZONTE, CE



111

LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL

Espaço Social

DATA:

Grupo

Responsável

~~RAGINA~~

[illegible]

OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES - Quando registrar nas colunas :

	1	Sem registro em nenhuma das colunas Necessidades de apenas ações coletivas universais
A, B, C, D e/ou E	2	Com atividades de doença Necessidade de ações coletivas seletivas quinzenais (EGF)
B e/ou E	3	Com registro de cavidades pequenas e rasas; inflamação gengival e/ou cálculo dentário Necessidade de atendimento clínico planejado conforme a disponibilidade do agendamento
C e/ou D	4	Com registro de cavidades amplas e profundas; raiz residual; indicação de exodontia Necessidades de atendimento clínico prioritário para assistência
	5	Com registro de dor espontânea, abscesso dentário/periodontal, outras lesões nas mucosas bucais Necessidade de atendimento clínico imediato para assistência odontológica

MAPA DIÁRIO CIRURGIA
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura: _____

01																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

114



Assinatura Paciente	
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Procedimentos realizados	
Pacientes marcados	
Pacientes atendidos	
Pacientes faltosos	
Pacientes Extras	
Tratamento concluído	



Handwritten signature or mark.

MAPA DIÁRIO DENTÍSTICA / ODONTOPEDIATRIA / PNE
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura: _____

IDADE	NOME																		
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
03.01.01.015-3 PRIMEIRA CONS. ODONTOLÓGICA																			
03.01.06.003-7 URGÊNCIA (INCLUI PRESCRIÇÃO)																			
01.01.02.007-4 APLICAÇÃO DE FLUOR																			
01.01.02.006-6 APLICAÇÃO DE SELANTE																			
03.01.01.003-0 RETORNO																			
03.07.03.004-0 PROFILAXIA																			
03.07.03.005-9 RASPAGEM SUPRA. (POR SEXT.)																			
03.07.03.002-4 RASPAGEM SUB. (POR SEXT.)																			
01.01.02.009-0 SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)																			
03.07.01.001-5 CAPEAMENTO PULPAR																			
03.07.01.008-2 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR																			
RESINA COMPOSTA																			
03.07.01.009-0 REST. DECÍDUO POSTERIOR COM																			
AMALGAMA																			
03.07.01.010-4 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR																			
COM IONÔMERO DE VIDRO																			
03.07.01.011-2 REST. DENTE DECÍDUO ANTERIOR																			
03.07.01.003-1 REST. DENTE PERMANENTE ANTERIOR																			
03.07.01.012-0 REST. DENTE PERMANENTE																			
POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA																			
03.07.01.013-9 REST. DENTE PERMANENTE																			
POSTERIOR COM AMALGAMA																			
03.07.02.001-0 ACESSO E MEDICAÇÃO																			
03.07.02.007-0 PULPOTOMIA DENTÁRIA																			
03.07.02.003-7 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO																			
03.07.02.002-9 CURATIVO DE DENTOR C/ OU S/ PREP.																			
04.14.02.012-0 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO																			
04.14.02.013-8 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE																			
03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA																			
04.14.02.038-3 TRAT. DE ALVEOLITE																			
04.14.02.035-9 TRAT. CIRURG. HEMORRAG BUCO-DENT																			
04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULLECTOMIA																			
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ABCESSO																			
04.14.02.015-4 GENGIIVECTOMIA																			
02.04.01.021-7 RAI-O-X INTERPROXIMAL																			
02.04.01.022-5 RAI-O-X PERIAPICAL																			
TRATAMENTO CONCLUÍDO (TC)																			

115



Assinatura Paciente	
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Procedimentos realizados	
Pacientes marcados	
Pacientes atendidos	
Pacientes faltosos	
Pacientes Extras	
Tratamento concluído	



(Handwritten signature)

MAPA DIÁRIO ENDODONTIA
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____

NOME	IDADE	Nº DO ELEMENTO DENTÁRIO	03.01.01-3 PRIMEIRA CONS. ODONTOLÓGICA	03.01.06.003-7 URGÊNCIA (INCLUI PRESCRIÇÃO)	03.07.01.001-5 CAPEAMENTO PULPAR	03.01.01.003-0 RETORNO	01.01.02.009-0 SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)	03.07.02.001-0 ACESSO E MEDICAÇÃO	03.07.02.002-9 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO	03.07.02.003-7 OBTURAÇÃO DE EDNTE DECÍDUO	03.07.02.006-1 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. UNIRRADICULAR	03.07.02.004-5 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. BIRRADICULAR	03.07.02.005-3 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. TRIIRRADICULAR	03.07.02.010-0 RETRATA. UNIRRADICULAR	03.07.02.008-8 RETRAT. BIRRADICULAR	03.07.02.009-6 RETRAT. TRIIRRADICULAR	03.07.02.011-8 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ABCESSO	02.04.01.021-7 RAO-X INTERPROXIMAL	02.04.01.022-5 RAO-X PERIAPICAL	Trat. Concluído (TC)	
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

116



Handwritten signature/initials.

Assinatura Paciente	
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Procedimentos realizados	
Pacientes marcados	
Pacientes atendidos	
Pacientes faltosos	
Pacientes Extras	
Tratamento concluído	



MAPA DIÁRIO PERIODONTIA
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

DATA: ____/____/____

Assinatura: _____

NOME	IDADE	03.01.01.01.3-9 PRIMEIRA CONS. ODONTOLÓGICA	03.01.06.003-7 URGÊNCIA (INCLUI PRESCRIÇÃO)	01.01.02.007-4 APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	03.01.01.003-0 RETORNO	03.07.03.003-2 RASP. CORONO RADICULAR P/ SEXT.	04.14.02.008.1 EMXERTO GENGIVAL	04.14.02.015-4 GENGIPECTOMIA	04.14.02.016-2 GENGIOPLASTIA	04.01.01.008-2 FRENECTOMIA	04.14.02.013-8 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE	03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA	04.14.02.035-9 TRAT. CIRURG. HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	04.14.02.037-5 TRAT. CIRURG. PERIODONTAL/SEXT	04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULLECTOMIA	04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ABCESSO	02.04.01.021-7 RAIOS-X INTERPROXIMAL	02.04.01.022-5 RAIOS-X PERIAPICAL	Trat. Concluído (
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			

117



712

Assinatura Paciente	
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Procedimentos realizados	
Pacientes marcados	
Pacientes atendidos	
Pacientes faltosos	
Pacientes Extras	
Tratamento concluído	

(Handwritten signature)



MAPA MENSAL DE CIRURGIA
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA:

MÊS:

PROCEDIMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
03.01.01.015-3 PRIM. CONSUL. ODONTOLÓGICA																																	
03.01.06.003-7 ATEND. DE URGÊNCIA (PRESCRIÇÃO)																																	
03.01.01.003-0 RETORNO																																	
04.04.02.009-7 EXCIÇÃO E SUTURA DE LESÃO																																	
04.01.01.008-2 FRENECTOMIA																																	
04.14.02.027-8 REMOÇÃO DE DENTE RETI./INCL./IMPAC																																	
04.14.02.024-3 REEMPLANTE E TRANSP. DENT. POR ELEM.																																	
04.04.02.005-4 DRENAGEM DE ACESSO BOCA E ANEXOS																																	
04.14.02.036-7 TRAT. CIR. P/ TRACIONAMENTO DENTAL																																	
04.14.02.038-3 TRAT. DE ALVEOLITE																																	
04.14.02.020-0 MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS																																	
04.14.02.021-9 ODONTOTOMIA/ RAD./TUNEL																																	
03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA																																	
04.14.02.002-2 APICETOMIA C/ OU S/ OBT.																																	
04.14.02.005-7 CORREÇÃO DE IRRE. DE REBORDO ALV.																																	
02.01.01.052-6 BIÓPSIA DE TEC. MOLES DA BOCA																																	
02.01.01.023-2 BIÓPSIA DE GLÂND. SALIVAR																																	
04.14.01.036-1 EXÉRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO																																	
02.04.01.021-7 RAO-X INTERPROXIMAL																																	
02.04.01.022-5 RAO-X PERIAPICAL																																	
04.14.01.034-5 EXCIÇÃO DE CAL. DE GLÂND. SALIVAR																																	
04.04.02.008-9 EXCIÇÃO DE RÂNULA																																	
04.14.02.014-6 EXOD. MÚLTIPLA C/ ALVEOLOP. POR SEXT.																																	
04.14.02.029-4 REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTÓSE																																	
04.14.02.035-9 TRAT. CIR. ORAL HEMORR. BUCO DENTAL																																	
TOTAL																																	

118

118



PROCEDIMENTOS/ CONSOLIDADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	T O T A L	
PROCED. REALIZADOS																																	
PACIENTES ATENDIDOS																																	
PACIENTES AGENDADOS																																	
PACIENTES FALTOSOS/ REMARKADOS																																	
PACIENTES EXTRAS																																	
TURNOS TRABALHADOS																																	
TRAT. CONCLUÍDO (TC)																																	
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																	

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

HORIZONTE,CE



(Handwritten signature)

MAPA MENSAL DE DENTÍSTICA/ODONTOPEDIATRIA/PNE
CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA:

MÊS:

PROCEDIMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
03.01.01.015-3 PRIM. CONSUL. ODONTOLÓGICA																																	
03.01.06.003-7 ATEND. DE URGÊNCIA (PRESCRIÇÃO)																																	
01.01.02.007-4 APLICAÇÃO DE FLUOR																																	
01.01.02.006-6 APLICAÇÃO DE SELANTE																																	
03.01.01.003-0 RETORNO																																	
03.07.03.004-0 PROFILAXIA																																	
03.07.03.005-9 RASPAGEM SUPRA (POR SEXT)																																	
03.07.03.002-4 RASPAGEM SUB. (POR SEXT.)																																	
01.01.02.009-0 SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)																																	
03.07.01.001-5 CAPEAMENTO PULPAR																																	
03.07.01.008-2 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA																																	
03.07.01.009-0 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA																																	
03.07.01.010-4 REST. DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO																																	
03.07.01.011-2 REST. DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA																																	
03.07.01.003-1 REST. DENTE PERMANENTE ANTERIOR																																	
03.07.01.012-0 REST. DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA																																	
03.07.01.013-9 REST. DENTE PERMANENTE POSTERIOR COM AMÁLGAMA																																	
03.07.02.001-0 ACESSO E MEDICAÇÃO																																	
03.07.02.007-0 PULPOTOMIA DENTÁRIA																																	
03.07.02.003-7 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO																																	
03.07.02.002-9 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREP																																	
04.14.02.012-0 EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO																																	
04.14.02.013-8 EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE																																	
03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA																																	
04.14.02.038-3 TRAT. DE ALVEOLITE																																	
04.14.02.035-9 TRAT. CIRURG. HEMORRAG BUCO-DENT																																	
04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULECTOMIA																																	
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ACESSO																																	
04.14.02.015-4 GENGIVECTOMIA																																	
02.04.01.021-7 RAO-X INTERPROXIMAL																																	
02.04.01.022-5 RAO-X PERIAPICAL																																	
Trat. Concluído (TC)																																	
TOTAL																																	

119

COMISSÃO DE PRESERVAÇÃO DE PREÇOS

7/15

PAGINA

PROCEDIMENTOS/ CONSOLIDADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TO TA L	
PROCED. REALIZADOS																																	
PACIENTES ATENDIDOS																																	
PACIENTES AGENDADOS																																	
PACIENTES FALTOSOS/ REMARKADOS																																	
PACIENTES EXTRAS																																	
TURNOS TRABALHADOS																																	
TRAT. CONCLUÍDO (TC)																																	
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																	

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

HORIZONTE, CE

(Handwritten signature)



MAPA MENSAL DE ENDODONTIA

CEO (CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

MÊS: _____

PROCEDIMENTOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
03.01.01.015-3 PRIM. CONSUL. ODONTOLÓGICA																																	
03.01.06.003-7 ATEND. DE URGÊNCIA (PRESCRIÇÃO)																																	
03.07.01.001-5 CAPEAMENTO PULPAR																																	
03.01.01.003-0 RETORNO																																	
01.01.02.009-0 SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)																																	
03.07.02.001-0 ACESSO E MEDICAÇÃO																																	
03.07.02.002-9 CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO																																	
03.07.02.003-7 OBTURAÇÃO DE DENTE DECÍDUO																																	
03.07.02.006-1 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. UNIRRADICULAR																																	
03.07.02.004-5 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. BIRRADICULAR																																	
03.07.02.005-3 OBTURAÇÃO DE DENTE PERM. TRIRRADICULAR																																	
03.07.02.010-0 RETRATA. UNIRRADICULAR																																	
03.07.02.008-8 RETRAT. BIRRADICULAR																																	
03.07.02.009-6 RETRAT. TRIRRADICULAR																																	
03.07.02.011-8 SELAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR																																	
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ABCESSO																																	
02.04.01.021-7 RAO-X INTERPROXIMAL																																	
02.04.01.022-5 RAO-X PERIAPICAL																																	
TOTAL																																	

120



(Handwritten signature)

PROCEDIMENTOS/ CONSOLIDADO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TO TA L	
PROCED. REALIZADOS																																	
PACIENTES ATENDIDOS																																	
PACIENTES AGENDADOS																																	
PACIENTES FALTOSOS/ REMARKADOS																																	
PACIENTES EXTRAS																																	
TURNOS TRABALHADOS																																	
TRAT. CONCLUÍDO (Tc)																																	
MÉDIA ATEND./DIAS ATENDIDOS																																	

ASSINATURA CIRURGIÃO DENTISTA

(Handwritten signature)