

Mapa de Dietas dos Pacientes

Date: ___/___/2016

0. 0
1. 1
2. 2
3. 3
4. 4
5. 5
6. 6
7. 7
8. 8
9. 9

10. 10
11. 11
12. 12
13. 13
14. 14
15. 15
16. 16
17. 17
18. 18
19. 19

20. 20
21. 21
22. 22
23. 23
24. 24
25. 25
26. 26
27. 27
28. 28
29. 29

30. 30
31. 31
32. 32
33. 33
34. 34
35. 35
36. 36
37. 37
38. 38
39. 39

40. 40
41. 41
42. 42
43. 43
44. 44
45. 45
46. 46
47. 47
48. 48
49. 49

50. 50
51. 51
52. 52
53. 53
54. 54
55. 55
56. 56
57. 57
58. 58
59. 59

60. 60
61. 61
62. 62
63. 63
64. 64
65. 65
66. 66
67. 67
68. 68
69. 69

70. 70
71. 71
72. 72
73. 73
74. 74
75. 75
76. 76
77. 77
78. 78
79. 79

80. 80
81. 81
82. 82
83. 83
84. 84
85. 85
86. 86
87. 87
88. 88
89. 89

90. 90
91. 91
92. 92
93. 93
94. 94
95. 95
96. 96
97. 97
98. 98
99. 99

100. 100

Date: ___/___/2016

[illegible]

Alimentação Extra _____ () Almoço () Lanche () Jantar () Ceia ()

096

6

201005140000 1010 2010

Date 11/11/2016

201005140000 1010 2010

Alimentação Extra _____ () Almoço () Lanche () Jantar () Ceia

Alimentação Extra

) Almoço

) lanche

Janter

)Ceia

Total





MAPA DIÁRIO DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL

Unidade de Saúde:

Data: ___/___/___ Professional: _____

[illegible]

097



RECUPERAÇÃO DIÁRIA INDIVIDUAL

NOME:

PRONTUÁRIO:

MÊS:

/ 20

MEDICAÇÃO		DIAS																														
MANHÃ	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
TARDE	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
NONE	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	



098

22



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital e Maternidade Raimundo Venâncio de Sousa
Rua: Maria Luiza Noronha nº45, Zumbi-Horizonte-Ceará



MONITORAMENTO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITO

Nome:

Data do nascimento:

Laudo:

Hipótese Diagnóstica:

Especialidade solicitada:

Responsável:

Contato:

[illegible]

099

2



PREFEITURA DE
HORIZONTE

HOSPITAL E MATERNIDADE VENÂNCIO RAIMUNDO DE SOUSA
CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO
MONITORIZAÇÃO DE PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO



EQUIPAMENTO N°		DATA:				
DADOS DO CICLO	INTEGRADOR QUÍMICO	INDICADOR BIOLÓGICO		HORA / RESPONSÁVEL		DESCRIÇÃO DO MATERIAL
		PROCESSADO RÓTULO	COMPARATIVO RÓTULO	INCUBAÇÃO	ASSINATURA	
LOTE: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ TEMPERATURA: _____ PRESSÃO: _____ DURAÇÃO: _____ ITENS: _____ OPERADOR: _____	COLAR INTEGRADOR	RESULTADO ()	RESULTADO ()	LEITURA	ASS	
LOTE: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ TEMPERATURA: _____ PRESSÃO: _____ DURAÇÃO: _____ ITENS: _____ OPERADOR: _____	COLAR INTEGRADOR	PROCESSADO RÓTULO	COMPARATIVO RÓTULO	INCUBAÇÃO	ASSINATURA	
		RESULTADO ()	RESULTADO ()	LEITURA	ASS	



100

[Handwritten signature]



SECRETARIA DE SAÚDE
Coordenadoria de Gestão de Pessoas

OCORRÊNCIAS PONTO DIGITAL

UNIDADE:

PERÍODO: ____/____/____ À ____/____/____

[illegible]

101



TIPOS DE OCORRÊNCIA:

TIPOS DE OCORRÊNCIA:						
	2 - Liberação Coordenação	3 - Reunião	4 - Problemas técnicos (falta energia, problema com o computador ou com o sistema)		5 - Estágio	6 - Curso
1 - Esquecimento						
7 - Folga	8 - Falta não justificada	9 - Atestado	10 - Declaração	11 - Sem cadastro no ponto	12 - Atraso justificado	13 - Rema Unidade



**SUS**Sistema
Único
de SaúdeMinistério
da
SaúdeSISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
Boletim de Produção Ambulatorial/ BPA (Consolidado)**102**

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

Cirurgia			
PROCEDIMENTO	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANTIDADE
ATEND. DE URGÊNCIA(INCLUI PRESCRIÇÃO)	03.01.06.003-7	223268	
RETORNO	03.01.01.003-0	223268	
FRENECTOMIA	04.01.01.008-2	223268	
EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO	04.04.02.009-7	223268	
REMOÇÃO DE DENTE RETI./INCL./IMPAC	04.14.02.027-8	223268	
REEMPLANTE E TRANSP. DENT. POR ELEM.	04.14.02.024-3	223268	
DRENAGEM DE ABCESSO BOCA E ANEXOS	04.04.02.005-4	223268	
TRAT. CIR. P/ TRACIONAMENTO DENTAL	04.14.02.036-7	223268	
TRAT. DE ALVEOLITE	04.14.02.038-3	223268	
MARSUPIALIZAÇÃO DE CISTOS	04.14.02.020-0	223268	
ODONTOSECÇÃO RAD./TÚNEL	04.14.02.021-9	223268	
REMOÇÃO DE SUTURA	03.01.10.015-2	223268	
APICECTOMIA C/ OU S/ OBT.	04.14.02.002-2	223268	
CORREÇÃO DE IRRE. DE REBORDO ALV.	04.14.02.005-7	223268	
BIOPSIA DE TEC. MOLES DA BOCA	02.01.01.052-6	223268	
BIOPSIA DE GLAND. SALIVAR	02.01.01.023-2	223268	
EXÊRESE DE CISTO ODONTOGÊNICO E NÃO ODONTOGÊNICO	04.14.01.036-1	223268	
RX INTERPROXIMAL	02.04.01.021-7	223268	
RX PERIAPICAL	02.04.01.022-5	223268	
INCISÃO DE CAL. DE GLÂND. SALIVAR	04.14.01.034-5	223268	
INCISÃO DE RÂNULA	04.04.02.008-9	223268	
EXOD. MÚLTIPLA C/ ALVEOLOP. POR SEXT.	04.14.02.014-6	223268	
REMOÇÃO DE TÓRUS E EXOSTÓSE	04.14.02.029-4	223268	
TRAT. CIR. ORAL HEMORRA. BUCO DENTAL	04.14.02.035-9	223268	
TOTAL			

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL / ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA: / /

**SUS**Sistema
de SaúdeMinistério
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBIENTAL - SUS

**103**

Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS ANO

DENTÍSTICA / ODONTOPEDIATRIA / PNE			
PROCEDIMENTO	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANT IDADE
URGÊNCIA (INCLUI PRESCRIÇÃO)	03.01.06.003-7	223208/223236/223288	
APLICAÇÃO DE FLUÓR	01.01.02.007-4	223208/223236/223288	
APLICAÇÃO DE SELANTE	01.01.02.006-6	223208/223236/223288	
RETORNO	03.01.01.003-0	223208/223236/223288	
PROFILAXIA	03.07.03.004-0	223208/223236/223288	
RASPAGEM SUPRAGENGIVAI	03.07.03.005-9	223208/223236/223288	
RASPAGEM SUB. (POR SEXT.)	03.07.03.002-4	223208/223236/223288	
SELAMENTO PROVISÓRIO (IRM)	01.01.02.009-0	223208/223236/223288	
CAPEAMENTO PULPAR	03.07.01.001-5	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM RESINA COMPOSTA	03.07.01.008-2	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM AMÁLGAMA	03.07.01.009-0	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO POSTERIOR COM IONÔMERO DE VIDRO	03.07.01.010-4	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE DECÍDUO ANTERIOR COM RESINA COMPOSTA	03.07.01.011-2	223208/223236/223288	
REST. DENTE PERMANENTE ANTERIOR	03.07.01.003-1	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE PERMAN. POSTER. COM RESINA COMPOSTA	03.07.01.012-0	223208/223236/223288	
REST. DE DENTE PERMAN. POSTERIOR COM AMÁLGAMA	03.07.01.013-9	223208/223236/223288	
ACESSO E MEDICAÇÃO	03.07.02.001-0	223208/223236/223288	
PULPOTOMIA DENTÁRIA	03.07.02.007-0	223208/223236/223288	
CURATIVO DE DEMORA C/ OU S/ PREPARO	03.07.02.002-9	223208/223236/223288	
EXODONTIA DE DENTE DECÍDUO	04.14.02.012-0	223208/223236/223288	
EXODONTIA DE DENTE PERMANENTE (INCLUI SUTURA)	04.14.02.013-8	223208/223236/223288	
REMOÇÃO DE SUTURA	03.01.10.015-2	223208/223236/223288	
TRAT. DE ALVEOLITE	04.14.02.038-3	223208/223236/223288	
TRAT. CIRURG. HEMORRAGIA BUCO-DENTAL	04.14.02.035-9	223208/223236/223288	
ULOTOMIA/ULECTOMIA	04.14.02.040-5	223208/223236/223288	
DRENAGEM DE ABCESSO	04.01.01.003-1	223208/223236/223288	
GENGIVECTOMIA	04.14.02.015-4	223208/223236/223288	
RX INTERPROXIMAL	02.04.01.021-7	223208/223236/223288	
RX PERIAPICAL	02.04.01.022-5	223208/223236/223288	
TOTAL			

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA: / /

GESTOR MUNICIPAL / ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA: / /



Sistema de Saúde
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL



Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF

MÊS

ANO

PROCEDIMENTO	IDADE	CÓDIGO PROCEDIMENTO	CBO	QUANTIDADE
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
PRIMEIRA CONS.ODONTOLÓGICA		03.01.01.015-3	223208	
TOTAL				

Formalização

RESPONSÁVEL (Estabelecimento de Saúde)

CARIMBO

RUBRICA

DATA: __/__/__

GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL

CARIMBO

RUBRICA

DATA: __/__/__



Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL - SIAM/SUS
Boletim de Produção Ambulatorial - BPA (PAC) (PAC)



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

[illegible][illegible]

Formalização

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

**SUS**

Sistema
Único
de Saúde

Ministério
da
Saúde

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

**105**

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: __/__/__



Dados Operacionais

CNES do Estabelecimento NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

UF MES ANO

[illegible]

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 –

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

E-mail: sesauhorizonte@gmail.com



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/ Químio ()

Outra () _____

Descrição da condição e Diagnóstico:

Medicação em uso e posologia:

Médico Responsável e Contato:

OBS:

934
P4CINA

6

[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: ____/____/____ TÉRMINO: ____/____/____

DADOS CLÍNICO

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

CD RESPONSÁVEL



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORIZONTE
SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Presidente Castelo Branco, 4817 - Centro - Horizonte

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

E-mail: sesauhorizonte@gmail.com



HORIZONTE
Pra 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: _____

AVALIAÇÃO CLÍNICA E DIAGNÓSTICO

DATA:

TRATAMENTO REALIZADO:

ASSINATURA CD



OBSERVAÇÕES:

➤ 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

Você foi atendido por qual dentista? () Moto () Outro

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

Você foi atendido por qual dentista? () Moto () Outro

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





SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE SAÚDE BUCAL

Espaço Social _____

DATA: ____/____/____

Grupo _____

Responsável _____

Nº	NOME	IDADE	BUSCA ATIVA					NECESSIDADES				
			Com mancha branca de cárie	Com cavidades pequenas e rasas	Com cavidades amplas e profundas	Com cavidades amplas e profundas exodontia	Com raiz residual / Indicação	Com inflamação gengival e/ou cálculo dentário	Sem atividades de doença Com necessidades de ações coletivas universais	Com atividade de doença Sem necessidade assistencial	Com atividade de doença Com necessidade assistencial programada	Com atividade de doença Com necessidade de assistência prioritária
			A	B	C	D	E	1	2	3	4	5
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						</
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----



14



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 mark)

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

DENTISTA: _____

DATA: _____

Assinatura: _____

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
NOME																	
IDADE																	
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 DECIDUO POSTERIOR																	
RESINA COMPOSTA																	
03.07.01.009-0 REST. DECIDUO POSTERIOR COM																	
AMALGAMA																	
03.07.01.010-4 REST. DENTE DECIDUO POSTERIOR																	
COM IONÔMERO DE VIDRO																	
03.07.01.011-2 REST. DENTE DECIDUO 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 DECIDUO																	
03.07.02.002-9 CURATIVO DE DEMOR C/ OU S/ PREP.																	
04.14.02.012-0 EXODONTIA DE DENTE DECIDUO																	
04.14.02.013-8 EXODONTIA DE DENTE PERMANENT																	
03.01.10.015-2 REMOÇÃO DE SUTURA																	
04.14.02.038-3 TRAT. DE ALVEOLITE																	
04.14.02.035-9 TRAT.CIRURG. HEMORRAG BUCCO-DENT																	
04.14.02.040-5 ULOTOMIA/ULECTOMIA																	
04.01.01.003-1 DRENAGEM DE ABCESSO																	
04.14.02.015-4 GENGIVECTOMIA																	
02.04.01021-7 RAO-X INTERPROXIMAL																	
02.04.01.022-5 RAO-X PERIAPICAL																	
TRATAMENTO CONCLUÍDO (TC)																	





[Handwritten signature]

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 ENDODONTIA
CEO (CENTRO DE ESPECIALIZADADES ODONTOLÓGICAS)

DENTISTA: _____

DATA: _____

ASSINATURA: _____

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



116



[Handwritten signature]

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: _____

117																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

117



[Handwritten mark]



2

Assinatura Pendente	
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	