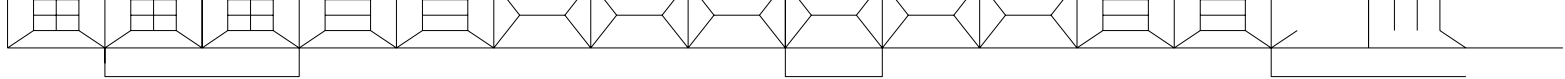
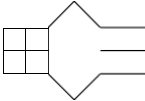
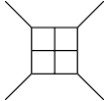
					Nº	REV.
					FOLHA:	de
	FICHA ODONTOLÓGICA					
TIPO DE EXAME						
<div><div><input type="checkbox"/> ADMISSIONAL</div><div><input type="checkbox"/> PERIÓDICO</div><div><input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO</div><div><input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO</div><div><input type="checkbox"/> DEMISSIONAL</div><div><input type="checkbox"/> ESPECIAL</div></div> <div>PARA O CASO DE EXAME ESPECIAL:</div> <div><input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO AO ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO</div> <div><input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA</div> <div><input type="checkbox"/> INCAPACIDADE PERMANENTE</div> <div><input type="checkbox"/> CARACTERIZAÇÃO DE NEXO CAUSAL</div> <div><input type="checkbox"/> ACOMPANHAMENTO DE EMPREGADOS EM BENEFÍCIO</div> <div><input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO DE DESEMPENHO</div> <div><input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO DE AFASTAMENTO COM CARÊNCIA</div> <div><input type="checkbox"/> AFASTAMENTO SEM DIREITO A BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO</div> <div><input type="checkbox"/> EXAME DE REINTEGRAÇÃO OU READMISSÃO</div> <div><input type="checkbox"/> EXAME DE SAÚDE DO VIAJANTE</div>						


 PETROBRAS			Nº	REV.
				FOLHA:
				de
FICHA ODONTOLÓGICA				
ANAMNESE				
QUEIXA-SE DE ARDÊNCIA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL RELACIONADA À SAÚDE BUCAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
ESPECIFICAR: _____ _____				
HISTÓRIA CLÍNICA E QUEIXAS ATUAIS				
_____ _____ _____ _____ _____				
HÁBITOS DE HIGIENE ORAL				
ESCOVAÇÃO <input type="checkbox"/> 1 VEZ/DIA <input type="checkbox"/> 2 VEZES/DIA <input type="checkbox"/> 3 VEZES/DIA OU MAIS <input type="checkbox"/> NÃO ESCOVA	FIO DENTAL <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/> 1 VEZ/DIA <input type="checkbox"/> MAIS DE 1 VEZ/DIA	HIGIENE DA LÍNGUA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	UTILIZAÇÃO DE FLÚOR <input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA <input type="checkbox"/> BOCHECHOS DIÁRIOS <input type="checkbox"/> APLICAÇÃO PELO PROFISSIONAL <input type="checkbox"/> APLICAÇÃO PELO PROFISSIONAL E BOCHECHOS DIÁRIOS	
CONSUMO DE AÇÚCAR				
<input type="checkbox"/> BAIXO	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> ALTO		
EXAME FÍSICO				
ALTERAÇÃO DE TECIDOS MOLES OU DUROS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM DESCRIÇÃO _____				
A LESÃO NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM DATA DE RETORNO ____/____/____				
APRESENTA LINFOADENOPATIA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
APRESENTA DESGASTE DENTÁRIO PATOLÓGICO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABRASÃO <input type="checkbox"/> EROSÃO <input type="checkbox"/> ABFRAÇÃO				
APRESENTA PIGMENTAÇÃO DENTÁRIA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM CASO AFIRMATIVO: <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> VERMELHA <input type="checkbox"/> OUTRAS ESPECIFICAR: _____				
UTILIZA APARELHO ORTODÔNTICO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ESPECIFICAR <input type="checkbox"/> FIXO <input type="checkbox"/> MÓVEL <input type="checkbox"/> FIXO/MÓVEL				
APRESENTA PROBLEMA DE OCLUSÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> APINHAMENTO ANTERIOR SUPERIOR <input type="checkbox"/> APINHAMENTO ANTERIOR INFERIOR <input type="checkbox"/> MORDIDA ABERTA ANTERIOR <input type="checkbox"/> MORDIDA CRUZADA ANTERIOR <input type="checkbox"/> OUTROS </div> <div> <input type="checkbox"/> MORDIDA CRUZADA POSTERIOR <input type="checkbox"/> MORDIDA PROFUNDA <input type="checkbox"/> PROGNATISMO MANDIBULAR <input type="checkbox"/> RETROGNATISMO MANDIBULAR </div> </div>				
APRESENTA PROBLEMA DE ATM? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
APRESENTA NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA SUPERIOR?		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARCIAL	
APRESENTA NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO PROTÉTICA INFERIOR?		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PARCIAL	
AS INFORMAÇÕES DESTES DOCUMENTOS SÃO PROPRIEDADE DA PETROBRAS, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DA SUA FINALIDADE.				
FORMULÁRIO PERTENCENTE À NORMA PETROBRAS N-2692 REV. B ANEXO A - FOLHA 02/05.				




ODONTOGRAMA

VESTIBULAR	IPC								IPC								PC														
PALATINA																															
8		7		6		5		4		3		2		1		1		2		3		4		5		6		7		8	
LINGUAL																															
IPC								IPC								PC															
VESTIBULAR																															

CODIFICAÇÃO				ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO		ÍNDICE DE PLACA VISÍVEL	
H	HÍGIDO	A	AUSENTE	0	HÍGIDO	<div>(IPV)</div> <div><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</div>	
C	CÁRIE	I	IMPLANTE	1	SANGRAMENTO		
R1	RESTAURAÇÃO DE AMÁLGAMA	R	RAIZ	2	CÁLCULO		
R2	RESTAURAÇÃO ESTÉTICA	P1	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA SUPERIOR	3	BOLSA DE 4 MM A 5 MM	<div>IPC</div> <div><input type="checkbox"/></div>	
R3	PROVISÓRIO DE RESINA	P2	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL PROVISÓRIA INFERIOR	4	BOLSA DE 6 MM OU MAIS		
R4	RESTAURAÇÃO METÁLICA FUNDIDA	P3	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL SUPERIOR	X	SEXTANTE EXCLUÍDO		
EI	EXTRAÇÃO INDICADA	P4	PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL INFERIOR				
K0	COROA 4/5	P5	PRÓTESE TOTAL SUPERIOR				
K1	COROA TOTAL METÁLICA	P6	PRÓTESE TOTAL INFERIOR	ASSINATURA:		CRO:	DATA:
K2	COROA DE RESINA	SP	SELAMENTO PROVISÓRIO				
K3	COROA "VENEER"	SR	SEMI-RETIDO				
K4	COROA METALO-CERÂMICA / CERÂMICA	PO	PÔNTICO				
N	NEC. RESTAURAÇÃO - DENTE SEM TRATAMENTO	P	PILAR DE PRÓTESE FIXA				

NOTA: CODIFICAÇÃO - UTILIZA-SE /C, /N OU N, CONFORME O CASO. /C - RESTAURAÇÕES COM CÁRIES /N - NECESSIDADE RESTAURADORA (AUSÊNCIA DE CÁRIE E PRESENÇA DE TRATAMENTO) N - NECESSIDADE RESTAURADORA COM AUSÊNCIA DE CÁRIE E DE TRATAMENTO		Nº		REV.
		FOLHA:		DE
		FICHA ODONTOLÓGICA		

 PETROBRAS	Nº:		REV.	
	FOLHA:			DE
	<h2 style="margin: 0;">FICHA ODONTOLÓGICA</h2>			

SOLICITAÇÃO DE EXAME COMPLEMENTAR / RADIOLÓGICO

EXAMES RADIOLÓGICOS? ☐ NÃO ☐ SIM

FINALIDADE DO EXAME ☐ OCUPACIONAL ☐ ASSISTENCIAL

EXAMES RADIOLÓGICOS

☐ OCLUSAL SUPERIOR

☐ OCLUSAL INFERIOR

☐ RX PERIAPICAL COMPLETO

☐ RX PERIAPICAL UNITÁRIO

ESPECIFICAR

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

☐ INTERPROXIMAL DIREITA

☐ INTERPROXIMAL ESQUERDA

☐ PANORÂMICA

OBSERVAÇÃO DOS EXAMES RADIOLÓGICOS: _____

EXAMES COMPLEMENTARES? ☐ NÃO ☐ SIM

ESPECIFICAR: _____

CONCLUSÃO FINAL

ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO? ☐ NÃO ☐ SIM

ESPECIFICAR: _____

NECESSIDADE DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO? ☐ NÃO ☐ SIM

ENCAMINHAMENTO PARA:

☐ CLÍNICA ODONTOLÓGICA (SOMENTE TERAPÊUTICA BÁSICA)

☐ ESTOMATOLOGIA

☐ CIRURGIA

☐ CLÍNICA ODONTOLÓGICA

☐ ENDODONTIA

☐ PERIODONTIA

☐ PRÓTESE

☐ ORTODONTIA

☐ FONOAUDIOLOGIA

☐ OUTROS

SUGESTÃO DE TRATAMENTO: _____

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES - CID: _____

OBSERVAÇÕES: _____

EMIÇÃO DE ASB

CONCLUSÃO PERIÓDICO E OUTROS:

☐ APTO ☐ INAPTO

RELATÓRIO ANUAL:

☐ NORMAL ☐ ANORMAL CLÍNICO ☐ ANORMAL OCUPACIONAL ☐ INCONCLUSO

RESTRIÇÕES? ☐ NÃO ☐ SIM

CASO AFIRMATIVO: ☐ OCUPACIONAL ☐ NÃO OCUPACIONAL

☐ TEMPORÁRIA ☐ PERMANENTE

ESPECIFICAR:

☐ PARA TRABALHO EMBARCADO

☐ PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO

☐ PARA EXPOSIÇÃO PERMANENTE A RAIOS SOLARES

☐ OUTROS


ESPECIFICAR: _____

EXAME REALIZADO POR:

NOME:	CRO:
ASSINATURA:	MATRÍCULA
	DATA / /


AS INFORMAÇÕES DESTES DOCUMENTOS SÃO PROPRIEDADE DA PETROBRAS, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DA SUA FINALIDADE.

FORMULÁRIO PERTENCENTE À NORMA PETROBRAS N-2692 REV. B ANEXO A - FOLHA 04/05.


<div> PETROBRAS</div>			Nº	REV.	
				FOLHA:	de
	FICHA ODONTOLÓGICA				
EVOLUÇÃO					
DATA		DESCRIÇÃO			
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					


AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO PROPRIEDADE DA PETROBRAS, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DA SUA FINALIDADE.

FORMULÁRIO PERTENCENTE À NORMA PETROBRAS N-2692 REV. B ANEXO A - FOLHA 04/05.

	Nº		REV.
	FOLHA:		DE
	título:		
ATESTADO DE SAÚDE BUCAL (ASB)			
IDENTIFICAÇÃO			
NOME			
MATRÍCULA		LOTAÇÃO	CARGO
CPF		DATA DE NASCIMENTO	
TIPO DE EXAME			
<input type="checkbox"/> ADMISSIONAL			
<input type="checkbox"/> PERIÓDICO			
<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO			
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO			
<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL			
CONCLUSÃO			
<input type="checkbox"/> APTO			
<input type="checkbox"/> INAPTO			
OBSERVAÇÕES			
RESTRIÇÕES: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
CASO AFIRMATIVO: <input type="checkbox"/> OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> NÃO OCUPACIONAL			
<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE			
ESPECIFICAR:			
<input type="checkbox"/> PARA TRABALHO EMBARCADO			
<input type="checkbox"/> PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO			
<input type="checkbox"/> PARA EXPOSIÇÃO PERMANENTE A RAIOS SOLARES			
<input type="checkbox"/> OUTROS			
ESPECIFICAR: _____			

RECEBIMENTO			
RECEBIDO EM: ____/____/____		ASSINATURA _____	
		:	
EXAME REALIZADO POR			
NOME:		CRO:	
ASSINATURA:	MATRÍCULA:	DATA: ____/____/____	
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO PROPRIEDADE DA PETROBRAS, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DA SUA FINALIDADE.			
FORMULÁRIO PERTENCENTE À NORMA PETROBRAS N-2692 REV. B ANEXO B - FOLHA 01/01.			

	Nº		REV.
	FOLHA:		DE
	título:		
ATESTADO DE SAÚDE BUCAL (ASB)			
IDENTIFICAÇÃO			
NOME			
MATRÍCULA			
LOTAÇÃO			
CARGO			
CPF			
DATA DE NASCIMENTO			
TIPO DE EXAME			
<input type="checkbox"/> ADMISSIONAL			
<input type="checkbox"/> PERIÓDICO			
<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO			
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE FUNÇÃO			
<input type="checkbox"/> DEMISSIONAL			
CONCLUSÃO			
<input type="checkbox"/> APTO			
<input type="checkbox"/> INAPTO			
OBSERVAÇÕES			
RESTRIÇÕES: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
CASO AFIRMATIVO: <input type="checkbox"/> OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> NÃO OCUPACIONAL			
<input type="checkbox"/> TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> PERMANENTE			
ESPECIFICAR:			
<input type="checkbox"/> PARA TRABALHO EMBARCADO			
<input type="checkbox"/> PARA TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO			
<input type="checkbox"/> PARA EXPOSIÇÃO PERMANENTE A RAIOS SOLARES			
<input type="checkbox"/> OUTROS			
ESPECIFICAR:			
RECEBIMENTO			
RECEBIDO EM: / /			
ASSINATURA			
EXAME REALIZADO POR			
NOME:			
CRO:			
ASSINATURA:			
MATRÍCULA:			
DATA: / /			
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO PROPRIEDADE DA PETROBRAS, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DA SUA FINALIDADE.			
FORMULÁRIO PERTENCENTE À NORMA PETROBRAS N-2692 REV. B ANEXO B - FOLHA 01/01.			

			Nº	REV.														
				FOLHA														
				de														
TÍTULO:			ORIENTAÇÕES ODONTOLÓGICAS															
IDENTIFICAÇÃO																		
NOME LOTAÇÃO MATRÍCULA CPF CARGO DATA DE NASCIMENTO																		
ENCAMINHAMENTO PARA:																		
<table border="0"> <tr> <td>CLÍNICA ODONTOLÓGICA (SOMENTE TERAPÊUTICA BÁSICA)</td> <td>PERIODONTIA</td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA ODONTOLÓGICA</td> <td>PRÓTESE</td> </tr> <tr> <td>ESTOMATOLOGIA</td> <td>ORTODONTIA</td> </tr> <tr> <td>CIRURGIA</td> <td>FONOAUDIOLOGIA</td> </tr> <tr> <td>ENDODONTIA</td> <td>IMPLANTODONTIA</td> </tr> <tr> <td>OUTROS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESPECIFICAR:</td> <td></td> </tr> </table>					CLÍNICA ODONTOLÓGICA (SOMENTE TERAPÊUTICA BÁSICA)	PERIODONTIA	CLÍNICA ODONTOLÓGICA	PRÓTESE	ESTOMATOLOGIA	ORTODONTIA	CIRURGIA	FONOAUDIOLOGIA	ENDODONTIA	IMPLANTODONTIA	OUTROS		ESPECIFICAR:	
CLÍNICA ODONTOLÓGICA (SOMENTE TERAPÊUTICA BÁSICA)	PERIODONTIA																	
CLÍNICA ODONTOLÓGICA	PRÓTESE																	
ESTOMATOLOGIA	ORTODONTIA																	
CIRURGIA	FONOAUDIOLOGIA																	
ENDODONTIA	IMPLANTODONTIA																	
OUTROS																		
ESPECIFICAR:																		
SUGESTÃO DE TRATAMENTO																		
ORIENTAÇÕES REALIZADAS POR:																		
NOME:			CRO:															
ASSINATURA:		MATRÍCULA:	DATA:															
NOTA DEVE SER EMITIDO EM DUAS VIAS. UMA VIA DEVE SER ANEXADA À FICHA ODONTOLÓGICA E A OUTRA VIA DEVE SER ENTREGUE AO EMPREGADO NO ATO DA CONSULTA.																		
AS INFORMAÇÕES DESTE DOCUMENTO SÃO PROPRIEDADE DA PETROBRAS, SENDO PROIBIDA A UTILIZAÇÃO FORA DA SUA FINALIDADE.																		
FORMULÁRIO PERTENCENTE À PETROBRAS N-2692 REV. D ANEXO D - FOLHA 01/01.																		