



PLANILHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SIGA

SEQ	UNIDADE	CNES	CNS DO PROFISSIONAL	NOME PROFISSIONAL	CBO	MÊS / ANO	FOLHA
						/	/
ESPECIALIDADE:							

	CNS	NOME / SOBRENOME	DATA NASCIMENTO	GRUPO	SUB GRUPO	TIPO	CARATER	CID	DATA ATEND.	ALTERAÇÃO MUCOSA BUCAL	PROCEDIMENTO 1	PROCEDIMENTO 2	EXAMES	ENCAMIN
1			/ /						/ /					
2			/ /						/ /					
3			/ /						/ /					
4			/ /						/ /					
5			/ /						/ /					
6			/ /						/ /					
7			/ /						/ /					
8			/ /						/ /					
9			/ /						/ /					
10			/ /						/ /					
11			/ /						/ /					
12			/ /						/ /					
13			/ /						/ /					
14			/ /						/ /					
15			/ /						/ /					
16			/ /						/ /					
17			/ /						/ /					
18			/ /						/ /					
19			/ /						/ /					
20			/ /						/ /					
21			/ /						/ /					
22			/ /						/ /					

GRUPO DE ATENDIMENTO E SUB GRUPO	
GRUPO	SUB GRUPO
03 - SAÚDE DA MULHER 04 - HIPERTENSO 05 - DIABÉTICO 06 - HIPERTENSO E DIABÉTICO 99 - OUTROS GRUPOS	01- não gestante.....02- gestante 1º trim.....03- gestante 2º trim.....04- gestante 3º trim

TIPO DE ATENDIMENTO
01 - URGÊNCIA / EMERGÊNCIA (consulta ou procedimento) 02 - PRIMEIRA CONSULTA / ATENDIMENTO 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE 04 - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO CONCLUÍDO

CARATER DE ATENDIMENTO
01 - ELETIVO 02 - URGÊNCIA

SOLICITAÇÃO MEDICA DE EXAMES
2 - RADIODIAGNÓSTICO

ENCAMINHAMENTOS MÉDICOS
1 - ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

ALTERAÇÃO NA MUCOSA BUCAL
0 - SEM ALTERAÇÃO 1- LESÃO REVERSIVEL 2- SUSPEITA DE MALIGNIDADE