



<b>Módulo I</b>	
<b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</b>	
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE</b>	
1. Nome da Unidade	
2. Número do Cadastro CNES	
3. Endereço:	
4. A unidade já foi auditada, monitorada, controlada e avaliada pela Secretaria Municipal, Estadual e/ou Ministério da Saúde? (art. xxx Lei n. 8080/90)	( ) SIM ( ) NÃO
5. Por qual componente da auditoria?	[campo aberto]
6. A unidade possui a avaliação sobre o cumprimento das metas pactuadas das Políticas Públicas de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, firmadas na Comissão Intergestores Bipartite - CIB e/ou Colegiado Intergestores Regionais - CIR?	( ) SIM ( ) NÃO
7. A unidade obedece aos protocolos de referência e contrarreferência	( ) SIM ( ) NÃO
8. A unidade obedece a	



algum Procedimento Operacional Padrão - POP				
<b>II. REFORMA E AMPLIAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (acompanhar pelo SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras)</b>				
1. A UBS encontra-se em processo de reforma?	( ) SIM ( ) NÃO			
2. A UBS encontra-se em processo de ampliação?	( ) SIM ( ) NÃO			
3. A equipe atua em unidade provisória?	( ) SIM ( ) NÃO			
<b>III. MODALIDADE DA UNIDADE E TIPO DE GESTÃO</b>				
1. Qual o tipo de unidade de saúde?	( ) Com ESF ( ) Sem ESF			
2. Qual o tipo de gestão	( ) Gestão Direta ( ) Terceirizada			
<b>IV. QUANTIDADE DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NA UNIDADE, POR MODALIDADE</b>				
1. Número de Equipe de Saúde da Família (ESF)				
2. Número de Equipe de Saúde Bucal (ESB)				
<b>V. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NA UNIDADE E REGIME JURÍDICO</b>				
PROFISSIONAL	TOTAL	EFETIVO	TEMPORÁRIO	TERCEIRIZADO
1. Médico				
2. Enfermeiro				
3. Cirurgião-dentista				
4. Técnico de enfermagem				
5. Auxiliar de				



enfermagem				
6. Técnico em saúde bucal				
7. Auxiliar em saúde bucal				
8. Agente comunitário de saúde				
<b>VI. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO</b>				
1. Quais os turnos de atendimento?	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite			
2. Esta unidade funciona quais dias na semana (exceto em campanhas e mutirões)?	<input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Terça <input type="checkbox"/> Quarta <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Sexta <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo			
3. Esta unidade de saúde mantém todas as suas atividades no horário do almoço? (12h às 14h)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
4. Há horário fixo de atendimento na unidade	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
- Em que horário abre? (anotar)	____:____			
- Em que horário fecha? (anotar)	____:____			
- Qual o horário do intervalo? (anotar)	Das ____:____ as ____:____			
5. O horário de funcionamento está afixado em local visível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			



Responsável pela aplicação do questionário:	
<b>VII. ACESSIBILIDADE NA UNIDADE DE SAÚDE</b>	
1. Todas as entradas externas e portas internas são adaptadas para cadeira de rodas?	( ) SIM ( ) NÃO
- Onde não há? (anotar)	
2. Cadeira de rodas está disponível para deslocamento do usuário?	( ) SIM ( ) NÃO
<b>VIII. CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA</b>	
<b>QUAL(IS) AMBIENTE(S) EXISTE(M) NA UNIDADE?</b>	
1. Sanitário para os usuários ****	( ) SIM ( ) NÃO
2. Sanitário para pessoa com deficiência ****	( ) SIM ( ) NÃO
3. Banheiro para funcionários	( ) SIM ( ) NÃO
4. Sala de recepção	( ) SIM ( ) NÃO
5. Espera	( ) SIM ( ) NÃO
6. Área de compressor	( ) SIM ( ) NÃO
7. Sala de vacina	( ) SIM ( ) NÃO
8. Consultórios	( ) SIM ( ) NÃO
- Quantos sem sanitário? (anotar)	
- Quantos com sanitário? (anotar)	



- Há um computador em cada consultório?	( ) SIM ( ) NÃO
9. Consultório odontológico (com equipo)	( ) SIM ( ) NÃO
10. Sala de nebulização	( ) SIM ( ) NÃO
11. Sala de curativo/procedimento	( ) SIM ( ) NÃO
12. Sala de recepção de material, lavagem e descontaminação ***	( ) SIM ( ) NÃO
13. Sala de esterilização ***	( ) SIM ( ) NÃO
14. Sala de utilidades (apoio à esterilização) **	( ) SIM ( ) NÃO
15. Sala de administração e gerência *	( ) SIM ( ) NÃO
16. Sala de reuniões e educação em saúde	( ) SIM ( ) NÃO
17. Sala para ACS/ACE*	( ) SIM ( ) NÃO
18. Almojarifado	( ) SIM ( ) NÃO
19. Copa/cozinha	( ) SIM ( ) NÃO
20. Depósito de material de limpeza (DML)	( ) SIM ( ) NÃO
21. Sala de armazenamento temporário de resíduos	( ) SIM ( ) NÃO
22. Abrigo externo de resíduos sólidos	( ) SIM ( ) NÃO
23. Escovário **	( ) SIM ( ) NÃO
* Para unidades com 1 ou 2 ESF, a sala para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates às Endemias pode ser instalada junto com a sala de administração e gerência ** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios *** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada. **** No caso de uma equipe basta 1 sanitário comum e 1 para pessoa com deficiência; no caso de uma unidade poder comportar somente 1 sanitário este deve ser adaptado para pessoa com deficiência.	
<b>SOBRE AS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE, OBSERVE SE:</b>	



1. Os ambientes dispõem de boa ventilação ou climatização?	( ) SIM ( ) NÃO
2. Os ambientes são bem iluminados?	( ) SIM ( ) NÃO
3. O unidade encontra-se em bom estado geral de conservação?	( ) SIM ( ) NÃO
4. Os consultórios da unidade de saúde permitem privacidade ao usuário?	( ) SIM ( ) NÃO
5. Os banheiros estão em boas condições de uso e de limpeza?	( ) SIM ( ) NÃO
6. A unidade possui telefone próprio?	( ) SIM ( ) NÃO
7. Em caso positivo, anote o número.	( ) _____ - _____
<b>IX. IMUNOBIOLOGICOS NA UNIDADE DE SAÚDE</b>	
1. Esta unidade oferta regularmente vacinação?	( ) SIM ( ) NÃO
2. A unidade está devidamente abastecida com os imunobiológicos necessários ao cumprimento do calendário vacinal?	( ) SIM ( ) NÃO
3. Em caso negativo, anotar as vacinas faltantes:	
<b>X. MEDICAMENTOS</b>	
1. A unidade realiza dispensação de medicamentos?	( ) SIM ( ) NÃO
2. Existe sala de estocagem de	( ) SIM ( ) NÃO



medicamentos? ***	
3. Existe computador para gerenciamento da farmácia?	( ) SIM ( ) NÃO
4. Há o abastecimento regular de medicamentos necessários ao funcionamento da unidade? (Observar que o item não trata apenas de medicamentos dispensados pela unidade, mas também dos medicamentos necessários ao funcionamento da unidade.)	( ) SIM ( ) NÃO
5. Em caso negativo, quais estão faltando? (anotar)	
*** Os ambientes assinalados são recomendados, porém não são obrigatórios em municípios em que essas ações são realizadas de forma centralizada.	
<b>XI. INSUMOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
1. Há o abastecimento regular dos insumos necessários ao funcionamento da unidade?	( ) SIM ( ) NÃO
2. Em caso negativo, quais estão faltando? (anotar)	
<b>XII. MATERIAL IMPRESSO PARA ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
1. Há o abastecimento regular de material impresso necessário ao	( ) SIM ( ) NÃO



funcionamento da unidade (caderneta do bebê e da gestante, cartão de vacinação, receituários, etc)?	
2. Em caso negativo, quais estão faltando? (anotar)	
<b>XIII. RELAÇÕES E PROCESSOS DE TRABALHO E MEIO AMBIENTE DE TRABALHO</b>	
1. Há notificação dos acidentes de trabalho (CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho) registrados nos livros de enfermagem? (art. 169, CLT; art. 22, § 2º, da Lei n. 8.213/91; Portaria GM/MS nº 1.339/1999)	( ) SIM ( ) NÃO
2. Há notificação de agravos à saúde do trabalhador no Sistema Nacional de Notificação de Agravos - SINAN? (Portaria GM/MS nº 204/2016)	( ) SIM ( ) NÃO
3. A unidade possui Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA? (art. 162 da CLT e Norma Regulamentadora nº 9 do Ministério do Trabalho e Emprego)	( ) SIM ( ) NÃO
4. A unidade possui Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO?	( ) SIM ( ) NÃO



(art. 162 da CLT e Norma Regulamentadora nº 7 do Ministério do Trabalho e Emprego)	
5. A unidade possui Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfuro Cortantes, na forma da Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego? (art. 162 da CLT e Norma Regulamentadora nº 32 do Ministério do Trabalho e Emprego)	( ) SIM ( ) NÃO
Profissional da UBS responsável pelas informações:	
Responsável pela aplicação do questionário:	



## Módulo II

### EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

(ou equivalente, se a UBS for SEM Saúde da Família)

#### I. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (OU DE CUIDADOS PRIMÁRIOS)

Identificador Nacional de Equipes (INE) da ESF	
--	--

#### II. EQUIPAMENTOS (EM CONDIÇÕES DE USO) E INSUMOS ESSENCIAIS DA ESF:

1. Aparelho de pressão adulto?	( ) SIM ( ) NÃO
2. Estetoscópio adulto?	( ) SIM ( ) NÃO
3. Régua antropométrica infantil?	( ) SIM ( ) NÃO
4. Balança infantil?	( ) SIM ( ) NÃO
5. Balança antropométrica adulto?	( ) SIM ( ) NÃO
6. Geladeira exclusiva para vacina? (basta uma por UBS)	( ) SIM ( ) NÃO
7. Espéculo	( ) SIM ( ) NÃO
8. Espátula de Ayres	( ) SIM ( ) NÃO
9. Fixador de lâmina (álcool/spray ou gotas)	( ) SIM ( ) NÃO
10. Escovinha endocervical	( ) SIM ( ) NÃO
11. Lâmina de vidro com lado fosco	( ) SIM ( ) NÃO
12. Porta-lâmina ou frasco plástico com tampa para lâmina	( ) SIM ( ) NÃO

#### III. QUAIS SERVIÇOS ESTÃO DISPONÍVEIS AOS USUÁRIOS?

1. Consultas <b>médicas</b>	( ) SIM ( ) NÃO
- Diabetes	( ) SIM ( ) NÃO
- Hipertensão	( ) SIM ( ) NÃO



- Gestantes (pré-natal)	( ) SIM ( ) NÃO
- Crianças	( ) SIM ( ) NÃO
2. Consultas de <b>enfermagem</b>	( ) SIM ( ) NÃO
- Diabetes	( ) SIM ( ) NÃO
- Hipertensão	( ) SIM ( ) NÃO
- Gestantes (pré-natal)	( ) SIM ( ) NÃO
- Crianças	( ) SIM ( ) NÃO
3. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico?	( ) SIM ( ) NÃO
4. Acolhimento	( ) SIM ( ) NÃO
5. Vacinação	( ) SIM ( ) NÃO
6. Dispensação de medicamentos pela farmácia da UBS?	( ) SIM ( ) NÃO
7. A 1ª amostra de escarro para o diagnóstico de tuberculose é coletada na primeira abordagem/consulta com o usuário?	( ) SIM ( ) NÃO
8. Nebulização/inalação?	( ) SIM ( ) NÃO
9. A equipe realiza diagnóstico de casos novos de hanseníase?	( ) SIM ( ) NÃO
10. A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea?	( ) SIM ( ) NÃO
11. No atendimento à demanda espontânea a equipe realiza:	
- Atendimento de urgência	( ) SIM ( ) NÃO
- Renovação de receitas de medicamentos	( ) SIM ( ) NÃO
- Avaliação de risco e vulnerabilidade	( ) SIM ( ) NÃO
- Retirada de pontos	( ) SIM ( ) NÃO
- Curativos	( ) SIM ( ) NÃO
12. As famílias da área de abrangência da equipe são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	( ) SIM ( ) NÃO
13. A equipe desenvolve ações voltadas à promoção à saúde?	( ) SIM ( ) NÃO
14. Quais das seguintes ações a equipe realizou para combate ao <i>Aedes aegypti</i> no território?	
- Ações para a localização dos criadouros	( ) SIM ( ) NÃO



dos mosquitos	
- Eliminação dos criadouros dos mosquitos	( ) SIM ( ) NÃO
- Comunicação e mobilização da população e ações educativas (conscientização, informação, ações educativas)	( ) SIM ( ) NÃO
15. A equipe realiza teste rápido para detecção de HIV?	( ) SIM ( ) NÃO
16. A equipe realiza teste rápido para detecção de sífilis?	( ) SIM ( ) NÃO
17. A equipe administra a Penicilina Benzatina G na própria unidade de saúde (Portaria GM/MS nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011, art. 1º)?	( ) SIM ( ) NÃO
18. A equipe realiza a captação precoce das gestantes?	( ) SIM ( ) NÃO
19. A equipe realiza a busca ativa das gestantes de alto risco? (Portaria GM/MS nº 1.020/2013, art. 7º, I.)	( ) SIM ( ) NÃO
20. A equipe está vinculada ao Programa de Saúde na Escola – PSE? (Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.)	( ) SIM ( ) NÃO
<b>IV. CONHECIMENTO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF E PLANEJAMENTO:</b>	
1. A equipe possui mapas com desenho do território de abrangência?	( ) SIM ( ) NÃO
2. Conhecimento da população da área por faixa etária e sexo?	( ) SIM ( ) NÃO
3. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SISAB) para o planejamento das suas ações?	( ) SIM ( ) NÃO
4. A população adscrita está cadastrada no e-SUS? (Portaria GM/MS 1.412, de 10 de julho de 2013)	( ) SIM ( ) NÃO
5. Em caso positivo, qual o percentual? (Anotar 00-100.)	
6. A equipe já utiliza o Prontuário Eletrônico do Cidadão? (Portaria GM/MS 1.412, de 10 de julho de 2013)	( ) SIM ( ) NÃO



<b>V. HORÁRIO DOS PROFISSIONAIS</b>		
1. A frequência de todos os profissionais é controlada através de ponto biométrico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>Nome do Médico da ESF</b>	<b>CRM Nº</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
2. A equipe conta com profissional médico todos os dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
3. Segunda-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
4. Terça-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
5. Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
6. Quinta-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
7. Sexta-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	



	<input type="checkbox"/> Noite
8. Sábado	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite
9. Domingo	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite
<b>VI. AÇÕES E SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA</b>	
1. Administração de medicamentos na Atenção Básica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Administração de medicamentos endovenosos	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Administração de medicamentos via intramuscular	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Administração de medicamentos via oral	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Administração de Penicilina para tratamento de sífilis	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Aferição de pressão arterial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Atendimento de urgência em atenção básica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8. Atendimento individual em domicílio	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9. Atividade coletiva/educação em saúde	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Avaliação antropométrica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11. Coleta de material p/ exame laboratorial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12. Curativo especial	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13. Curativo simples	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
14. Drenagem de abscesso	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
15. Exame do Pé Diabético	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
16. Glicemia capilar	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
17. Retirada de Cerume	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
18. Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva e nasal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
19. Retirada de corpo estranho subcutâneo	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO



20. Retirada de pontos de cirurgias básicas	( ) SIM ( ) NÃO
21. Sutura simples	( ) SIM ( ) NÃO
22. Tamponamento nasal anterior e/ou posterior	( ) SIM ( ) NÃO
23. Terapia de Reidratação Oral	( ) SIM ( ) NÃO
24. Teste do Pezinho	( ) SIM ( ) NÃO
25. Triagem oftalmológica	( ) SIM ( ) NÃO
Profissional da UBS responsável pelas informações:	
Responsável pela aplicação do questionário:	



**ATENÇÃO:** Se houver mais de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Unidade Básica de Saúde (UBS), o **Módulo III** do questionário deverá ser aplicado a **CADA UMA DELAS**.

## Módulo III

### EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

(ou equivalente, se a UBS for SEM ESB)

#### I. IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

Identificador Nacional de Equipes (INE) da ESB

#### II. EQUIPAMENTOS E INSUMOS ESSENCIAIS DA ESB

1. Cadeira Odontológica	( ) SIM ( ) NÃO
2. Caneta de alta rotação	( ) SIM ( ) NÃO
3. Caneta de baixa rotação	( ) SIM ( ) NÃO
4. Compressor de ar com válvula de segurança ou compressor elétrico	( ) SIM ( ) NÃO
5. Cuspideira	( ) SIM ( ) NÃO
6. Autoclave (basta uma por UBS)	( ) SIM ( ) NÃO
7. Mocho	( ) SIM ( ) NÃO
8. Refletor	( ) SIM ( ) NÃO
9. Sugador	( ) SIM ( ) NÃO
10. Brocas de alta rotação	( ) SIM ( ) NÃO
11. Luva descartável	( ) SIM ( ) NÃO
12. Máscara descartável	( ) SIM ( ) NÃO

#### III. PROCESSO DE TRABALHO DA ESB

1. A Equipe de Saúde Bucal funciona em regime de 40 horas?	( ) SIM ( ) NÃO
2. A Equipe de Saúde Bucal possui mapa do território?	( ) SIM ( ) NÃO
3. Existe planejamento articulado da atenção básica junto com a Equipe de Saúde Bucal?	( ) SIM ( ) NÃO
4. A equipe de Saúde Bucal realiza consultas	( ) SIM ( ) NÃO

PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO (ATENÇÃO BÁSICA)



de demanda espontânea e agendada?		
<b>IV. HORÁRIO DOS PROFISSIONAIS</b>		
1. A frequência de todos os profissionais é controlada através de ponto biométrico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>Nome do Cirurgião Dentista da ESB</b>	<b>CRO Nº</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
2. A equipe conta com cirurgião dentista todos os dias da semana (exceto em campanhas e mutirões)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
3. Segunda-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
4. Terça-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
5. Quarta-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
6. Quinta-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
7. Sexta-feira	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	
8. Sábado	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite	



9. Domingo	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noite
<b>V. AÇÕES E SERVIÇOS OFERTADOS</b>	
1. Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Ação coletiva de escovação dental supervisionada	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Acesso à polpa dentaria e medicação	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Assistência domiciliar por equipe multiprofissional	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Atendimento à gestante	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Atendimento de urgência	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8. Avaliação dos itens de vigilância em saúde bucal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9. Consulta agendada	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Consulta de conclusão do tratamento em odontologia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11. Curativo de demora c/ ou s/ preparo biomecânico	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12. Exodontia de dente decíduo	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13. Exodontia de dente permanente	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
14. Orientação de higiene bucal	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
15. Primeira consulta odontológica programática	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
16. Profilaxia/remoção de placa bacteriana	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
17. Pulpotomia dentária	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
18. Raspagem alisamento e polimento supragengivais	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
19. Raspagem alisamento subgengivais	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
20. Restauração de dente decíduo	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
21. Restauração de dente permanente anterior	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
22. Restauração de dente permanente posterior	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
23. Selamento provisório de cavidade dentária	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
24. Tratamento de alveolite	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
25. Ulotomia/ulectomia	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Profissional da UBS responsável pelas informações:	



CONSELHO  
NACIONAL DO  
MINISTÉRIO PÚBLICO

Responsável pela aplicação do questionário:

PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO (ATENÇÃO BÁSICA)