

Nome _____ Matrícula _____

Ocupação _____ Sexo M F Data de nascimento ___ / ___ / _____

Queixa principal

Indicadores de Saúde Bucal

Códigos:

- 0 - ausência de placa/sangramento
- 1 - presença de placa/sangramento
- X - ausência de elemento dentário

| IPV | | | |
|-----------|-----|-----|-----------|
| 55 | 51 | 61 | 65 |
| 17 | 11 | 21 | 27 |
| (v) / (o) | (v) | (v) | (v) / (o) |
| (v) / (o) | (v) | (v) | (v) / (o) |
| 47 | 41 | 31 | 37 |
| 85 | 81 | 71 | 75 |
| _____ % | | | |

| ISG | | | |
|---------|-----|-----|-----|
| 55 | 51 | 61 | 65 |
| 17 | 11 | 21 | 27 |
| (v) | (v) | (v) | (v) |
| (v) | (v) | (v) | (v) |
| 47 | 41 | 31 | 37 |
| 85 | 81 | 71 | 75 |
| _____ % | | | |

SIM ($\leq 30\%$ - controlado)

NÃO ($> 30\%$ - não controlado)

SIM ($\leq 30\%$ - controlado)

NÃO ($> 30\%$ - não controlado)

_____, ___ / ___ / _____
Cidade e data

Assinatura do beneficiário

Assinatura do cirurgião dentista