B"H

Avaliação por Odontólogo (a) e Odontograma

NOME:________________________________**RG:**_____________________**DATA:**____/____/20____

Quesitos		Citar o (s) elemento (s)
Cáries Superficiais Ativas?	( ) sim ( ) não	
Cáries Profundas Ativas?	( ) sim ( ) não	
Restaurações de Amálgama de Prata?	( ) sim ( ) não	
Restaurações de Resina?	( ) sim ( ) não	
Tratamentos de Canal?	( ) sim ( ) não	
Re-tratamentos de Canal?	( ) sim ( ) não	
Doença Periodontal?	( ) sim ( ) não	
Retrações de Gengiva?	( ) sim ( ) não	
Dentes Ausentes?	( ) sim ( ) não	
Dentes Fraturados?	( ) sim ( ) não	
Necessita uso de prótese fixa?	( ) sim ( ) não	
Necessita uso de prótese móvel?	( ) sim ( ) não	
Outras alterações? Quais?	( ) sim ( ) não	
Aspecto sanitário geral?	( )bom ( )médio ( )ruim	
Aspecto estético geral?	( )bom ( )médio ( )ruim	
Aspecto funcional geral?	( )bom ( )médio ( )ruim	

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

( ) Exame Inicial (obrigatório raio x panorâmico arcadas dentárias) **( ) Revalidação**

Atividade Aeronáutica: ( ) piloto (a) ( ) comissário (a) ( )outro________________________

Parecer odontológico para atividade (s) acima é ( ) FAVORÁVEL ( ) DESFAVORÁVEL

Candidato (a) Avaliado (a)	Cirurgião (ã) - Dentista
Eu, abaixo assinado (a) declaro que todas as informações prestadas ao (à) cir. dentista (a) foram verdadeiras, sem que eu tenha falseado ou omitido qualquer dado. Assumo as responsabilidades legais por falsidade. Autorizo a emissão deste, bem como que conste os dados do meu exame, incluindo CID. Autorizo a remessa deste para o setor médico da ANAC se solicitado.	Eu, abaixo assinado (a) declaro que examinei pessoalmente o (a) candidato (a). NOME: CRO: TELEFONE DE CONTATO:
ASSINATURA	ASSINATURA E CARIMBO

wainberg@terra.com.br | (51) 98178 0501
Caixa postal 5011, Porto Alegre, RS, CEP 90041-970, Brasil