











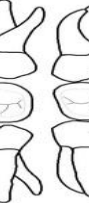
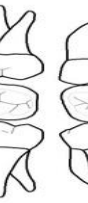








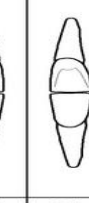
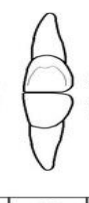








Avaliação por Odontólogo (a) e Odontograma

NOME: _____ RG: _____ DATA: ____/____/20____

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