



Módulo I	
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
I. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE	
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. 15, I; art. 17, II; e art. 18, I, da Lei n. 8080/90)	() SIM () NÃO
5. Por qual componente da auditoria?	
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?				
II. REFORMA E AMPLIAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (acompanhar pelo SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras)				
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			
III. MODALIDADE DA UNIDADE E TIPO DE GESTÃO				
1. Qual o tipo de unidade de saúde?	() Com ESF () Sem ESF			
2. Qual o tipo de gestão	() Gestão Direta () Terceirizada			
IV. QUANTIDADE DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NA UNIDADE, POR MODALIDADE				
1. Número de Equipe de Saúde da Família (ESF)				
2. Número de Equipe de Saúde Bucal (ESB)				
V. QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS EXISTENTES NA UNIDADE E REGIME JURÍDICO				
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				
VI. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO				
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:	
VII. ACESSIBILIDADE NA UNIDADE DE SAÚDE	
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
VIII. CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA	
QUAL(IS) AMBIENTE(S) EXISTE(M) NA UNIDADE?	
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.	
SOBRE AS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS E AMBIÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE, OBSERVE SE:	



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.	() _____ - _____
IX. IMUNOBIOLOGICOS NA UNIDADE DE SAÚDE	
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:	
X. MEDICAMENTOS	
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.	
XI. INSUMOS PARA ATENÇÃO À SAÚDE	
1. Há o abastecimento regular dos insumos necessários ao funcionamento da unidade?	() SIM () NÃO
2. Em caso negativo, quais estão faltando? (anotar)	
XII. MATERIAL IMPRESSO PARA ATENÇÃO À SAÚDE	
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)	
XIII. RELAÇÕES E PROCESSOS DE TRABALHO E MEIO AMBIENTE DE TRABALHO	
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 médicas	() SIM () NÃO
- Diabetes	() SIM () NÃO



- Hipertensão	() SIM () NÃO
- Gestantes (pré-natal)	() SIM () NÃO
- Crianças	() SIM () NÃO
2. Consultas de enfermagem	() 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 dos mosquitos	() SIM () NÃO
- 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
IV. CONHECIMENTO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF E PLANEJAMENTO:	
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



V. HORÁRIO DOS PROFISSIONAIS		
1. A frequência de todos os profissionais é controlada através de ponto biométrico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Nome do Médico da ESF	CRM Nº	CARGA HORÁRIA SEMANAL
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
VI. AÇÕES E SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS NA ATENÇÃO BÁSICA	
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 de demanda espontânea e agendada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
IV. HORÁRIO DOS PROFISSIONAIS		
1. A frequência de todos os profissionais é controlada através de ponto biométrico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Nome do Cirurgião Dentista da ESB	CRO Nº	CARGA HORÁRIA SEMANAL
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
V. AÇÕES E SERVIÇOS OFERTADOS	
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)