

ANEXO 1

FICHA CLÍNICA

(Identificação do Profissional)

NOME DO PROFISSIONAL
CIRURGIÃO-DENTISTA - CLÍNICO GERAL
CRO-(UF) N° _____
Endereço completo

(Identificação do Paciente e do Responsável pelo Tratamento)

Prontuário n° _____.

Nome _____
RG. n° _____ Órgão Expedidor _____ CPF n° _____ / _____
Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Sexo _____
Naturalidade _____ Nacionalidade _____
Estado Civil _____ Profissão _____
Endereço Residencial _____

Endereço Profissional _____

Indicado por _____
Convênio _____ N° de Inscrição _____
CD. anterior _____ Atendido em _____ / _____ / _____

RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO

Nome _____
RG. n° _____ Órgão Expedidor _____ CPF n° _____ / _____
Estado Civil: _____ Cônjuge _____
RG. n° _____ Órgão Expedidor _____ CPF n° _____ / _____

FICHA DE ANAMNESE

Queixa Principal e Evolução da Doença Atual _____

Questionário de Saúde

Sofre de alguma doença: () Sim () Não - Qual(is) _____

Está em tratamento médico atualmente? () Sim () Não. Gravidez: Sim () Não ()

Está fazendo uso de alguma Medicação? () Sim () Não - Qual(is) _____

Nome do Médico Assistente/telefone: _____

Teve alergia? () Sim () Não -Qual(is) _____

Já foi operado? () Sim () Não -Qual(is) _____

Teve problemas com a cicatrização? Sim () Não ()

Teve problemas com a anestesia? Sim () Não ()

Teve problemas de Hemorragia? Sim () Não ()

Sofre de alguma das seguintes doenças ?

Febre Reumática: Sim () Não (); Problemas Cardíacos: Sim () Não ()

Problemas Renais: Sim () Não (); Problemas Gástricos: Sim () Não ()

Problemas Respiratórios: Sim () Não (); Problemas Alérgicos: Sim () Não ()

Problemas Articulares ou Reumatismo: Sim () Não (); Diabetes: Sim () Não ()

Hipertensão Arterial: Sim () Não (); Hábitos: _____

Antecedentes Familiares: _____

Outras observações importantes: _____

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Local, Data

Assinatura do Paciente ou seu Responsável Legal

EXAME FÍSICO

GERAL: _____

EXTRA-ORAL: _____

INTRA-ORAL: _____

EXAME DENTAL – DESCRIÇÃO DENTE – A - DENTE

- 18 _____
- 17 _____
- 16 _____
- 15 (55) _____
- 14 (54) _____
- 13 (53) _____
- 12 (52) _____
- 11 (51) _____
- 21 (61) _____
- 22 (62) _____
- 23 (63) _____
- 24 (64) _____
- 25 (65) _____
- 26 _____
- 27 _____
- 28 _____
- 38 _____
- 37 _____
- 36 _____
- 35 (75) _____
- 34 (74) _____
- 33 (73) _____
- 32 (72) _____
- 31 (71) _____
- 41 (81) _____
- 42 (82) _____
- 43 (83) _____
- 44 (84) _____
- 45 (85) _____
- 46 _____
- 47 _____
- 48 _____

PLANOS DE TRATAMENTOS – CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Opção 1:

Opção 2:

Opção 3:

Opção escolhida, tempo de execução e informações adicionais:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Local e data.

Assinatura do Paciente
ou seu Representante Legal

Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente

ANEXO – 2

FICHA CLÍNICA SIMPLIFICADA

Nome: _____ Nasc.: _____ / _____ / _____ Sexo: F M

End. Res.: _____ Fone: _____

End. Prof.: _____ Profissão: _____ Fone: _____

Identidade N°. _____ Órgão emissor: _____ CPF _____

Consulta: **urgência** **tratamento** **manutenção**

Queixa Principal/Motivo da Consulta: _____

INQUÉRITO DE SAÚDE

Está em tratamento médico ? não sim: _____

Está usando medicação ? não sim: _____

Alergia : não sim: _____ não sei

<i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Hepatite</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Sífilis</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>HIV</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tuberculose</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Fumante</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Hormônios</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Alcoolista</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tatuagens</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Herpes/Aftas</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Gravidez</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Desmaios</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Febre Reumática	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Epilepsia</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Cicatrização ruim</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Distúrbios Psico</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Endocardite Bact.</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Problema Hepático</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Problema Renal</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Problema Cardíaco</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tensão Arterial</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Cirurgia</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Tumor</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
<i>Internação Hospital</i>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI
Febre Reumática	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SEI

Você possui alguma doença / problema significativo não mencionado? _____

INQUÉRITO ODONTOLÓGICO

Data do último atendimento: _____/_____/_____. completo incompleto

Experiência negativa no tratamento odontológico ? Qual ? _____
_____.

HÁBITOS

- roer unhas respirar pela boca tomar chimarrão chupar bico/dedo
 morder caneta / lápis ranger os dentes dia / à noite
 outros

HIGIENE BUCAL (utiliza)

- fio / fita dental interdental escova macia / média / dura
 unitufo / bitufo palito creme dental: _____

FLÚOR: gel creme dental bochecho água
fluoretada

DIETA

Ingere alimentos / bebidas entre as refeições ? não sim : _____

TECIDOS MOLES:

ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS BEM COMO AUTORIZO O(S) PROFISSIONAL(IS) A REALIZAR(EM) TODOS OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS PARA O MEU TRATAMENTO.

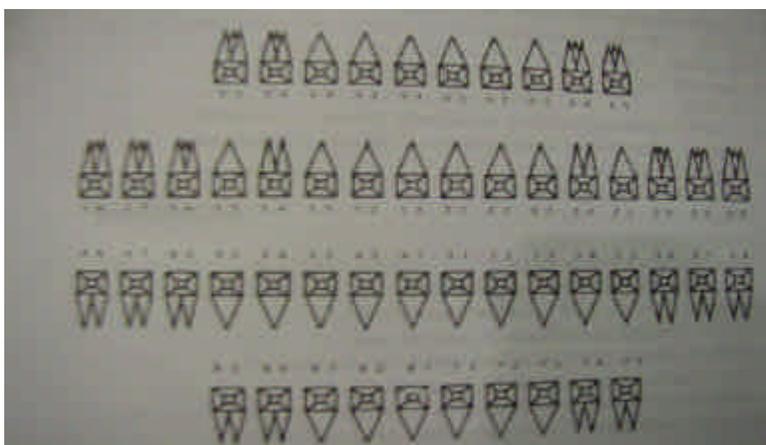
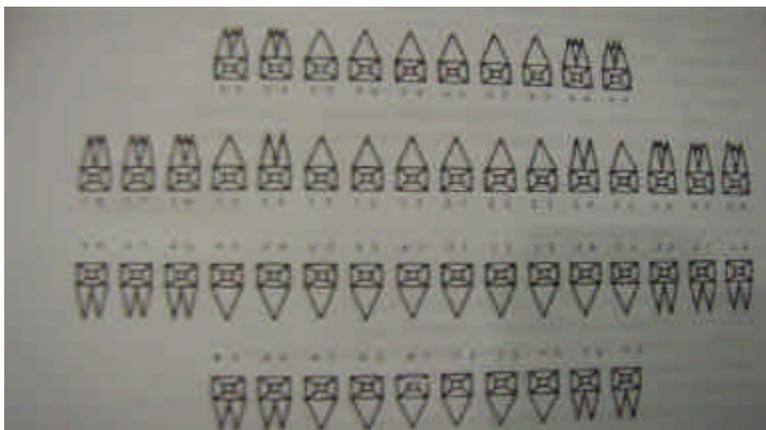
(Cidade), _____, de _____, de 20_____.

Responsável pelo Inquérito: _____.

Nome do Paciente

Assinatura do Paciente/Responsável

ODONTOGRAMA



PLANOS DE TRATAMENTO

Opção 1: _____

_____;

Opção 2: _____

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos estipulados no orçamento apresentado.

Local e data.

Assinatura do Paciente/Representante

Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente

ANEXO 3 - ATESTADOS

ATESTADO PARA ABONO DE FALTAS ESCOLARES

ATESTADO

Atesto, junto ao colégio Nóbrega, para fins de abono de faltas, que o Antônio Marques Filho, cujo responsável é o senhor Antônio Marques RG n° 1.666.999-SDS/PE, necessita de 02 (dois) dias de afastamento de suas atividades escolares, a partir desta data. CID: K.04.6

Local e data.

Assinatura e carimbo com o n.º CRO

ATESTADO GENÉRICO PARA ABONO DE FALTA AO TRABALHO

Atesto, junto a Marmoraria Brasil, que o Sr. Roberto Leão, portador do RG n° 1.682.311- SDS/PE, esteve sob meus cuidados profissionais no dia de hoje, no horário das 08:00 às 09:00 horas e necessita de 2 (dois) dias de afastamento de suas atividades profissionais a partir desta data. CID: K.04.6

Local e data.

Assinatura e carimbo com o n.º do CRO

ATESTADO DE SANIDADE PARA FINS DE INGRESSOS EM EMPRESAS

ATESTADO

Atesto, para fins de comprovação, junto a Confeções Brasil Ltda., que o Sr. Manoel Moraes, RG n.º1.655.388 – SSP - PE, esteve nesta data em meu consultório, tendo se submetido a exame odontológico, que permite atestar ser o mesmo portador de condições buco-dentais satisfatórias ao desempenho de suas atividades laborativas.

Local, e data.

Assinatura e carimbo com n.º do CRO

OBS.: Somente colocar o CID a pedido do paciente e registrar no próprio atestado a solicitação.

ANEXO 4

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Pelo presente instrumento particular de contrato de prestação de serviços odontológicos, os contratantes, de um lado _____, RG _____, CRO-UF _____, com consultório à _____, doravante denominado simplesmente Cirurgião-Dentista e, do outro lado _____, RG _____, CPF _____, residente a _____, _____, doravante denominado simplesmente de paciente ou responsável pelo paciente _____, têm entre si justo e contratado, na melhor forma do direito as seguintes condições:

Cláusula Primeira – Do Objetivo

O objetivo do presente contrato constitui-se na prestação de serviços odontológicos, pelo Cirurgião-Dentista ao paciente, no endereço do seu consultório acima grafado ou em outro local indicado pelo profissional desde que previamente notificado o paciente, de acordo com o plano de tratamento aprovado e constante do prontuário odontológico do paciente, que passa a fazer parte deste contrato como anexo seu.

Cláusula Segunda – Do Valor e Do Pagamento dos Honorários

O valor total dos honorários profissionais, relativos aos serviços odontológicos prestados é de R\$ _____ (_____) e seu pagamento deverá ser realizado nas datas indicadas no orçamento apresentado e aprovado que passa a fazer parte deste contrato como anexo seu.

§ 1º – O valor dos honorários, ora estipulado, poderá sofrer alteração, caso seja necessário modificar o plano de tratamento inicialmente aprovado, em face da constatação de questões técnicas ou outras intercorrências que inviabilizem sua execução, sendo necessário que as partes acordem, formalmente, os novos valores ajustados;

§ 2º – Os pagamentos vencidos e efetuados fora dos prazos previstos, estarão sujeitos a atualização monetária e a multa de mora de 2% (dois por cento) e juros de 1% (um por cento) ao mês.

Cláusula Terceira – Das Garantias

O paciente foi devidamente informado sobre propósitos, riscos e alternativas de tratamento, bem como que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do paciente e da própria limitação da ciência.

Cláusula Quarta – Das Obrigações do Cirurgião-Dentista

O Cirurgião-Dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento aprovado, assumir a responsabilidade pelos serviços

prestados, resguardar a privacidade do paciente e o necessário sigilo, bem como zelar pela sua saúde e dignidade.

Cláusula Quinta – Das Obrigações do Paciente ou seu Responsável

O paciente ou seu responsável se compromete a seguir rigorosamente as orientações do Cirurgião-Dentista, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, comparecer pontualmente as consultas marcadas, justificando as faltas com antecedência mínima de _____ horas.

Parágrafo Único – As faltas não justificadas, conforme preceitua a cláusula quinta, serão cobradas no valor correspondente a uma consulta;

Cláusula Sexta – O presente contrato tem duração pelo período necessário para realização do tratamento, conforme informado no plano de tratamento aprovado, desde que o paciente compareça às consultas previamente agendadas.

Cláusula Sétima – Da Rescisão

Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer das partes, sendo neste caso cobrados os valores relativos aos trabalhos efetivamente, realizados, mesmo que não totalmente concluídos.

§ 1º - Será caracterizado o abandono do tratamento quando o paciente faltar a três consultas consecutivas, ou se ausentar, sem justificativa do consultório, por mais de quarenta e cinco dias, sendo neste caso considerado o contrato rescindido por iniciativa do paciente;

§ 2º - o paciente desde já se declara ciente de que o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à sua saúde, inclusive com agravamento do estado inicial, não sendo necessário a rechamada do paciente para que o abandono fique caracterizado.

Cláusula Oitava - Para dirimir quaisquer dúvidas sobre o presente contrato fica eleito o foro da Cidade de _____, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem de acordo com as condições acima descritas, assinam o presente contrato, em duas vias de igual teor, na presença de duas testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Local e data.

Assinatura do Paciente
ou seu Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Testemunha 1

Testemunha 2