

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: _____

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

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) _____

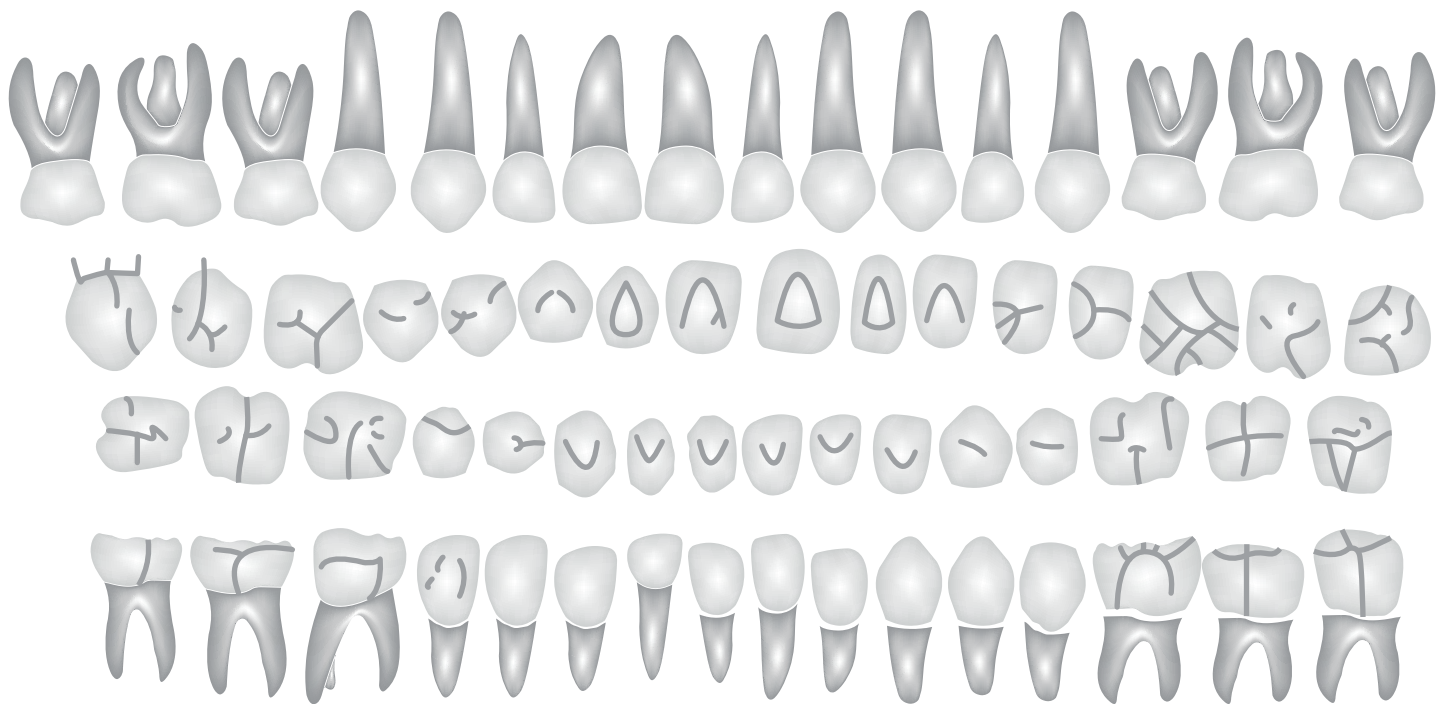
45 (85) _____

46 _____

47 _____

48 _____

Registro de Anormalidades e Patologias



Situação Periodontal – Exames Complementares

[illegible]

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

[illegible]

Ficha Clínica Simplificada

Nome: _____ Nasc.: ____/____/____ Sexo: _____
End. Res.: _____ Fone: _____
End. Prof.: _____ Profissão: _____ Fone: _____
Identidade Nº. _____ 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

Anemia () Não () Sim () Não sei

Hepatite () Não () Sim () Não sei

Sífilis () Não () Sim () Não sei

HIV () Não () Sim () Não sei

Tuberculose () Não () Sim () Não sei

Asma () Não () Sim () Não sei

Fumante () Não () Sim () Não sei

Hormônios () Não () Sim () Não sei

Alcoolista () Não () Sim () Não sei

Tatuagens () Não () Sim () Não sei

Herpes/Aftas () Não () Sim () Não sei

Gravidez () Não () Sim () Não sei

Desmaios () Não () Sim () Não sei

Febre Reumática () Não () Sim () Não sei

Diabetes () Não () Sim () Não sei

Epilepsia () Não () Sim () Não sei

Cicatrização ruim () Não () Sim () Não sei

Distúrbios Psico () Não () Sim () Não sei

Endocardite Bact. () Não () Sim () Não sei

Problema Hepático () Não () Sim () Não sei

Problema Renal () Não () Sim () Não sei

Problema Cardíaco () Não () Sim () Não sei

Tensão Arterial () Não () Sim () Não sei

Cirurgia () Não () Sim () Não sei

Tumor () Não () Sim () Não sei

Internação Hospital () Não () Sim () Não sei

Febre Reumática () Não () Sim () Não sei

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

() 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? () Sim () Não

Tecidos Moles

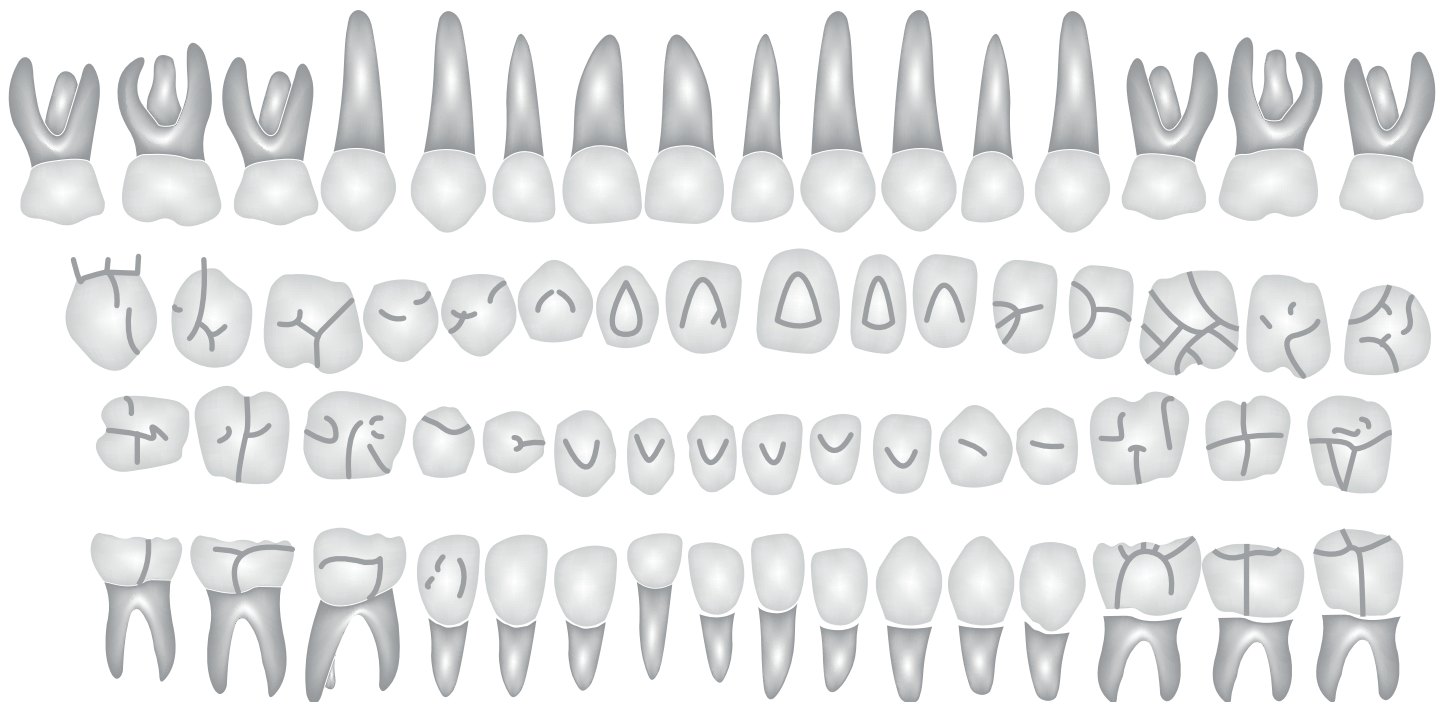
ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS BEM COMO
AUTORIZO O(S) PROFISSIONAL(IS) A REALIZAR(EM) TODOS OS PROCEDIMENTOS NECESSÁ-
RIOS PARA O MEU TRATAMENTO.

Responsável pelo Inquérito: _____.
(Cidade), _____, de _____, de 20____.

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.

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

Assinatura do Paciente/Representante

Assinatura do Cirurgião-Dentista

[illegible]

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 nº 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 nº 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 CRO

ATESTADO DE SANIDADE PARA FINS DE INGRESSOS EM EMPRESAS

ATESTADO

Atesto, para fins de comprovação, junto a Confeccões Brasil Ltda., que o Sr. Manoel Moraes, RG nº 1.655.388 – 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 o n.º CRO

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

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 simples-
mente 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.

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

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 às 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 chamada 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.

Assinatura do Paciente ou
seu Responsável

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Testemunha 1

Testemunha 2