

## PRONTUÁRIO

### 1. DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_  
Responsável Legal: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Outras Informações: \_\_\_\_\_

### 2. ANAMNESE

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  
História da doença atual: \_\_\_\_\_  
Problema de Saúde: \_\_\_\_\_  
CARDIOPATA: \_\_\_\_\_ HIPERTENSO: \_\_\_\_\_ DIABÉTICO: \_\_\_\_\_ ASMA: \_\_\_\_\_  
ANEMIA: \_\_\_\_\_ TUBERCULOSE: \_\_\_\_\_ GRAVIDEZ: \_\_\_\_\_  
Problema de Saúde na família: \_\_\_\_\_  
Alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_  
Utiliza medicamentos: \_\_\_\_\_  
HÁBITOS: \_\_\_\_\_  
VÍCIOS: \_\_\_\_\_

### 3. EXAME FÍSICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

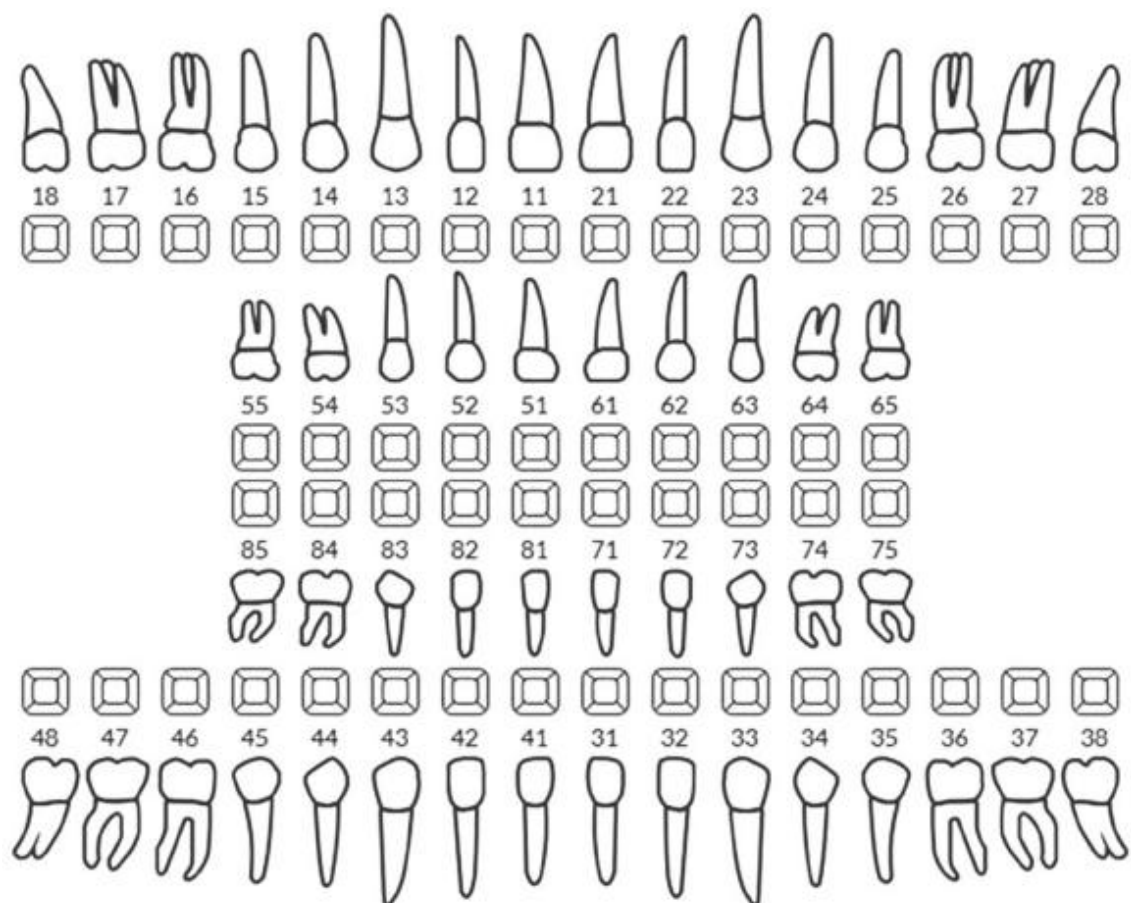
### 4. PLANO DE TRATAMENTO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Autorização do paciente ou responsável pelos tratamentos a realizar:

\_\_\_\_\_.



OBSERVAÇÕES:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
PARA TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, declaro que estou de acordo com os dados do Prontuário e que fui informado(a) pelo cirurgião dentista Dr. Gabriel Siqueira Lannes, CRO.ES 10495 que o tratamento proposto está sujeito aos seguintes riscos e intercorrências:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Além dos fatores acima, fui esclarecido(a) que o tratamento tem um índice de insucesso e, como todos os procedimentos de saúde, o resultado esperado também poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como a resposta biológica e limitações da ciência, além de outras variações de ordem local e sistêmicas. Informo que discuti com o cirurgião dentista minha história de saúde geral, inclusive as doenças conhecidas por mim. Declaro, outrossim, com base no Código de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078 de 11/09/90, que além das possíveis intercorrências citadas acima, fui devidamente informado(a) sobre os propósitos dos procedimentos e seus custos. Quanto às alternativas de tratamento, fui esclarecido(a) sobre as vantagens e desvantagens de outras técnicas e optei pela proposta descrita no Prontuário. Fui orientado(a) sobre as seguintes condições e cuidados pré e pós-operatórios necessários para o pleno êxito do tratamento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Portanto aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações do cirurgião-dentista, comunicando imediatamente qualquer alteração em decorrência dos procedimentos realizados e comparecer pontualmente às consultas marcadas.

Local, \_\_\_\_\_. Data \_\_/\_\_/\_\_.

Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Cirurgião dentista: \_\_\_\_\_