

## 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) \_\_\_\_\_

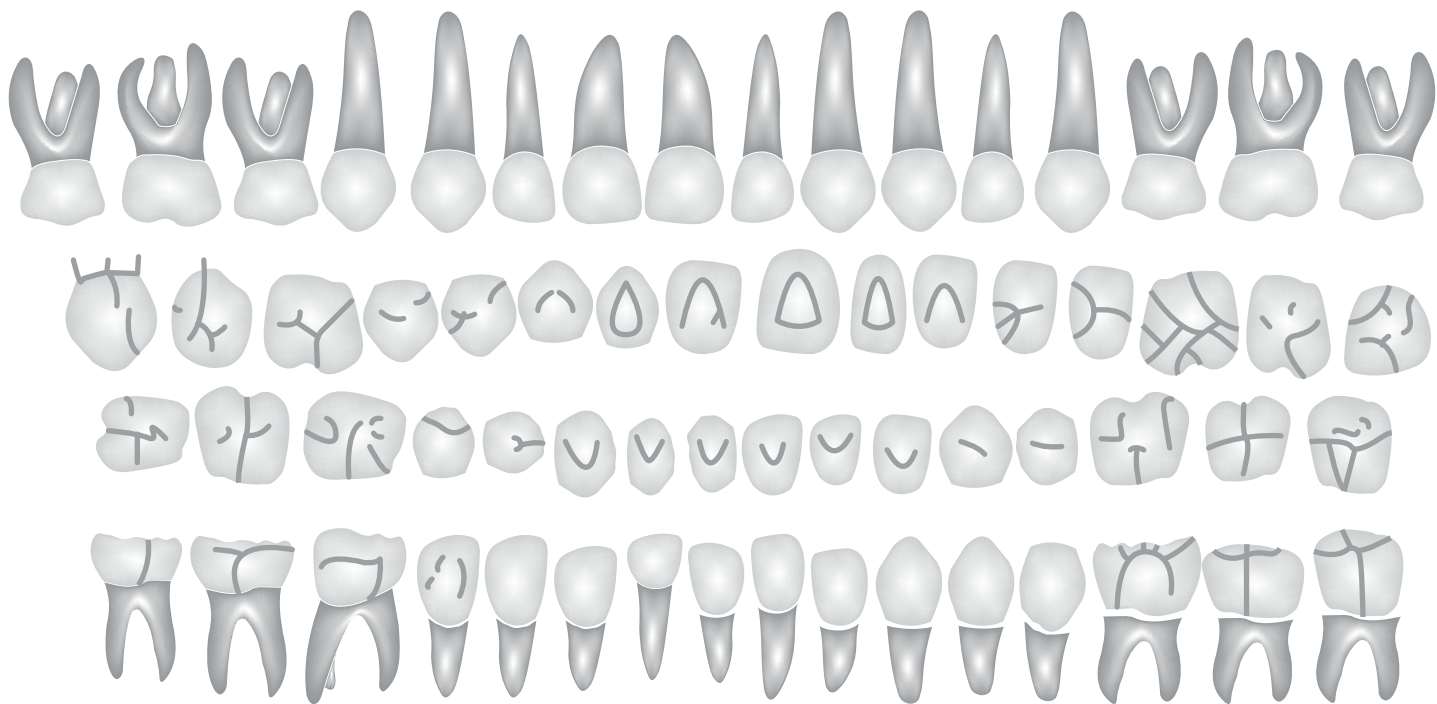
46 \_\_\_\_\_

47 \_\_\_\_\_

48 \_\_\_\_\_

# ODONTOGRAMA

## Registro de Anormalidades e Patologias



## Situação Periodontal – Exames Complementares

This image shows a single sheet of white paper with horizontal 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.

**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.

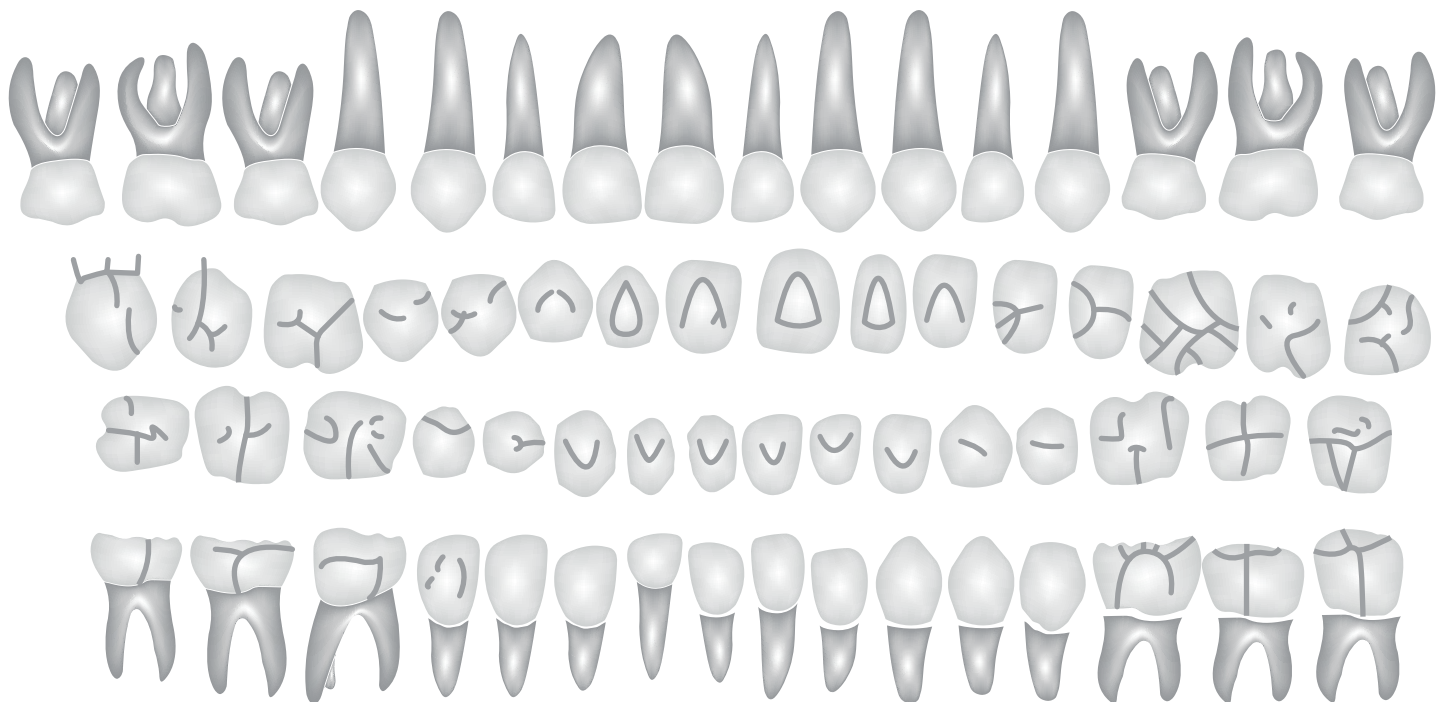
Responsável pelo Inquérito: \_\_\_\_\_.  
(Cidade), \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
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 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 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