



INSTITUTO
MINEIRO DE
ODONTOLOGIA
E URGÊNCIAS

Hora de chegada: 12.40
Data: 20/05/20
Convênio: Unimed

Nome: Raíza Oliveira da Silva Mes
Data de nascimento: 23/08/1968 Sexo: F (x) M ()
Identidade: 116 10 706 403 CPF: 042108886-93
End. Residencial: Rua Antônio Justino nº 690
Bairro: Pampulha Cidade: BH CEP: _____
Tel fixo: _____ Tel Celular: 999205571 Email: _____
Profissão: doméstica Indicação: _____
Convênio: _____ Número da carteirinha: _____
Plano: _____ Empresa: _____
Titular do plano: _____

Autoriza de forma gratuita e espontaneamente, a utilização de suas imagens intraorais e extraorais, para as finalidades descritas a seguir:

- Publicação em revistas científicas e exposição em congressos científicos.
- Utilização para fins publicitários, veiculados pela internet.
- Divulgação através de folhetos em geral (encartes, mala direta, catálogo etc), anúncios em revistas e jornais, Home Page, entre outros.

A utilização deste material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer preceito, por parte do cirurgião-dentista.

() Autorizo () Não Autorizo

Estou ciente de que o atendimento realizado tem caráter de urgência (provisório ou de efeito temporário). Fui informado que após a consulta de urgência devo procurar um dentista para realizar o tratamento definitivo. Caso não procure tratamento após o atendimento poderei prejudicar meu tratamento, acarretar transtornos e/ou perda de dente.

Raíza Oliveira da Silva Mes

Assinatura do paciente

(FAVOR PREENCHER FRENTE E VERSO)

Qual motivo da consulta?

dor

Você já esteve em atendimento conosco? (x) Não () Sim. Há quanto tempo? _____

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Assinale de acordo com seu estado de saúde

| | SIM | NÃO |
|---|--------------------|-----|
| Você está ou esteve sob tratamento médico recentemente? | | |
| Você apresenta problema de coração? | | X |
| Você apresenta problema de intestino? | | X |
| Você apresenta problema de estômago? | | X |
| Você apresenta problema de fígado? | | X |
| Você apresenta problema de pressão? | (X) alta () baixa | |
| Você apresenta algum problema respiratório? | | X |
| Você tem ou teve reumatismo? | | X |
| Você sofre de distúrbios sanguíneos? | | X |
| Você tem diabetes? | | |
| Você tem ou teve alguma doença infectocontagiosa? | | X |
| Você fuma? | | X |
| Você consome bebidas alcoólicas com frequência? | | X |
| (Se mulher) Você está grávida ou acha que está? | | |

Você possui alguma doença não citada anteriormente? (x) Não () Sim. Qual? _____

Você toma remédio controlado? () Não (x) Sim. Qual? Lanzatoma e Eclorazidazida

Você é alérgico a algum medicamento e/ou produto? _____

Há alguma outra informação que gostaria de relatar? (X) Não () Sim. Qual? _____

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras.

Flávia Oliveira da Silva Mes

Assinatura do paciente

Preenchimento obrigatório pelo Cirurgião Dentista que realizou o atendimento

Número do dente: 35 Diagnóstico: Possível tratamento endodôntico

Conduta clínica: Orientação para tratamento

Medicamento prescrito: -

Radiografia: () Não (X) Sim. Quantidade? 01 Fotografia: (X) Não () Sim. Quantidade? _____

Atestado: (X) Não () Sim. Quantos dias? _____ Nome do Dentista: Marlene Neiven



QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR PARA A PRÁTICA ODONTOLÓGICA

COVID-19

Paciente: Raíza Oliveira da Silva Mes

Temperatura: 35.5

1. Você teve febre nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

2. Você tem ou teve sintomas como tosse e/ou dificuldade para respirar nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

3. Você entrou em contato com pessoas com infecção por coronavírus confirmada nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

4. Você entrou em contato com pessoas que estiveram em regiões com transmissão confirmada nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

5. Você entrou em contato com pessoas que apresentaram febre ou problemas respiratórios nos últimos 14 dias?

() SIM (X) NÃO

