



INSTITUTO  
MINEIRO DE  
ODONTOLOGIA  
E URGÊNCIAS

Hora de chegada: 12:40  
Data: 20/02/2017  
Convênio: JPN/Elvini

Nome: Raia Oliveira da Silva Mes  
Data de nascimento: 23/08/1968 Sexo: F ( ) M ( )  
Identidade: MG 10 706 409 CPF: 042108886-93  
End. Residencial: Rua Antônio Justino nº 690  
Bairro: Pompeia 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 resarcimento, 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.

Raia Oliveira da Silva Mes  
Assinatura do paciente

(FAVOR PREENCHER FRENTE E VERSO)

Qual motivo da consulta? doe

Você já esteve em atendimento conosco?  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?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você apresenta problema de intestino?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você apresenta problema de estômago?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você apresenta problema de fígado?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você apresenta problema de pressão?	<input checked="" type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> baixa
Você apresenta algum problema respiratório?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você tem ou teve reumatismo?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você sofre de distúrbios sanguíneos?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você tem diabetes?		
Você tem ou teve alguma doença infectocontagiosa?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você fuma?		<input checked="" type="checkbox"/>
Você consome bebidas alcoólicas com frequência?		<input checked="" type="checkbox"/>
(Se mulher) Você está grávida ou acha que está?		

Você possui alguma doença não citada anteriormente?  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Você toma remédio controlado?  Não  Sim. Qual? Ioratona e Cloacloralazida

Você é alérgico a algum medicamento e/ou produto? \_\_\_\_\_

Há alguma outra informação que gostaria de relatar?  Não  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

Declaro que todas as informações acima são verdadeiras.

Plaia Oliveira da Silva M

Assinatura do paciente

Preenchimento obrigatório pelo Cirurgião Dentista que realizou o atendimento

Número do dente: 35 Diagnóstico: Possível retrafento endodontico

Conduta clínica: Orientação para retrafento

Medicamento prescrito: -

Radiografia:  Não  Sim. Quantidade? 01 Fotografia:  Não  Sim. Quantidade? \_\_\_\_\_

Atestado:  Não  Sim. Quantos dias? \_\_\_\_\_ Nome do Dentista: Marine Neiva



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

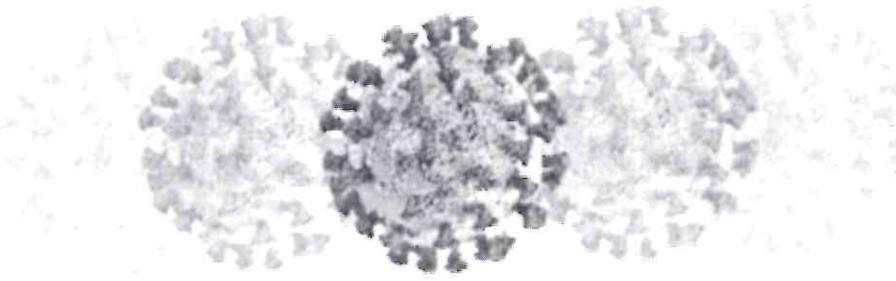
2-11

304549  
AMBIO



1-Registro ANS 406414		2-Data de Emissão da Guia 3-Data de Emissão da Guia 30/08/2014		4-Data de Autorização 10/08/2014		5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 304549		7-Data de Validade da Sessão 12/08/2014	
8-Número da Carteira B-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 4 6 5 6 0 0 0 0 0 1 0 1		9-Promoção POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data de Validade da Carteira 12/08/2014		12-Número do Certificado Nacional de Saúde			
13-Nome FLAVIA OLIVEIRA DA SILVA ALVES		14-Endereço da Rua / nº / bairro / Treinamento N INSTITUTO MINERO DE ODONTOLOGIA E URGENCIAS LTDA		15-Nome do Titular do plano FLAVIA OLIVEIRA DA SILVA ALVES		16-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 7 0 9 5 3 0 1 1 6 1 1		17-Nome do Profissional Solicitante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 39384	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 0 7 0 9 5 3 0 1 1 6 1 1		22-Número do Consultado Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		19-UF MG		20-Código CBO S 01		23-Número no CRO 39384		24-UF MG	
26-Nome do Profissional Executante BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 39384		28-UF MG		29-Código CNES 025 -		30-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE TRATAMENTO EM		31-Código do Procedimento 35	
32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA DE TRATAMENTO EM		33-Dente/Região 35		34-Fase 01		35-Quantidade US 0,00		36-Valor 0,00		37-Valor 0,00	
38-Franquia/Co-participação R\$ 30,00		39-Antecipação R\$ 30,00		40-Data de Preenchimento 30/08/2014		41-Motivo da Glosa / Assinatura Bianca Borges de Oliveira		42-Assinatura		43-Data Previsão Término do Tratamento 15/09/2014	
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 4 2,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação Voluntário. Respeito ao paciente e ao profissional que atendeu-me. Muito Obrigado.	
5-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista Spellicciene		5-Data, local e Assinatura do Consultado-Dentista Responsável Bianca Borges de Oliveira		53-Data, local e Assinatura da Empresa Dental Uni Cooperativa							
6-Dados do Beneficiário		7-Dados do Consultado Executante		8-Dados do Consultado Executante		9-Dados do Consultado Executante		10-Dados do Consultado Executante		11-Dados do Consultado Executante	
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 previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											





## QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR PARA A PRÁTICA ODONTOLÓGICA

COVID-19

Paciente: Raúia Oliveira da Silveira

Temperatura: 35,5

1. Você teve febre nos últimos 14 dias?

( ) SIM ( ) NÃO

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

( ) SIM ( ) NÃO

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

( ) SIM ( ) NÃO

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

( ) SIM ( ) NÃO

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

( ) SIM ( ) NÃO

