

PACIENTE: KEMILLY CHRISTINE VIDAL

Eu, Dr. Matheus Jacomassi, Cirurgião-Dentista, inscrito no CRO-SP nº 166739, declaro para os devidos fins que o(a) paciente acima portador(a) do CPF 491.212.728-08, foi atendida no consultório odontológico A ODONTOLOGIA SELECT no dia 27/11/2025, apresentando quadro álgico intenso associado a processo inflamatório na região de terceiros molares.

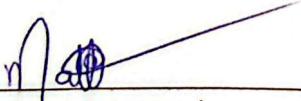
Após avaliação clínica e exames complementares, foi constatada a necessidade imediata de intervenção cirúrgica, devido à presença de dor significativa, inflamação local e risco de agravamento do quadro infeccioso, tornando inviável o adiamento do tratamento para aguardar liberação prévia do convênio odontológico.

Diante do exposto, foi realizada cirurgia para exodontia dos quatro terceiros molares (sisos), procedimento de maior complexidade técnica, que exige experiência profissional e manejo adequado dos tecidos envolvidos.

O atendimento foi realizado em caráter de urgência, de forma particular, no valor exato de R\$1.200,00, com o objetivo de promover alívio imediato da dor, controle do processo inflamatório e prevenção de possíveis complicações locais e sistêmicas.

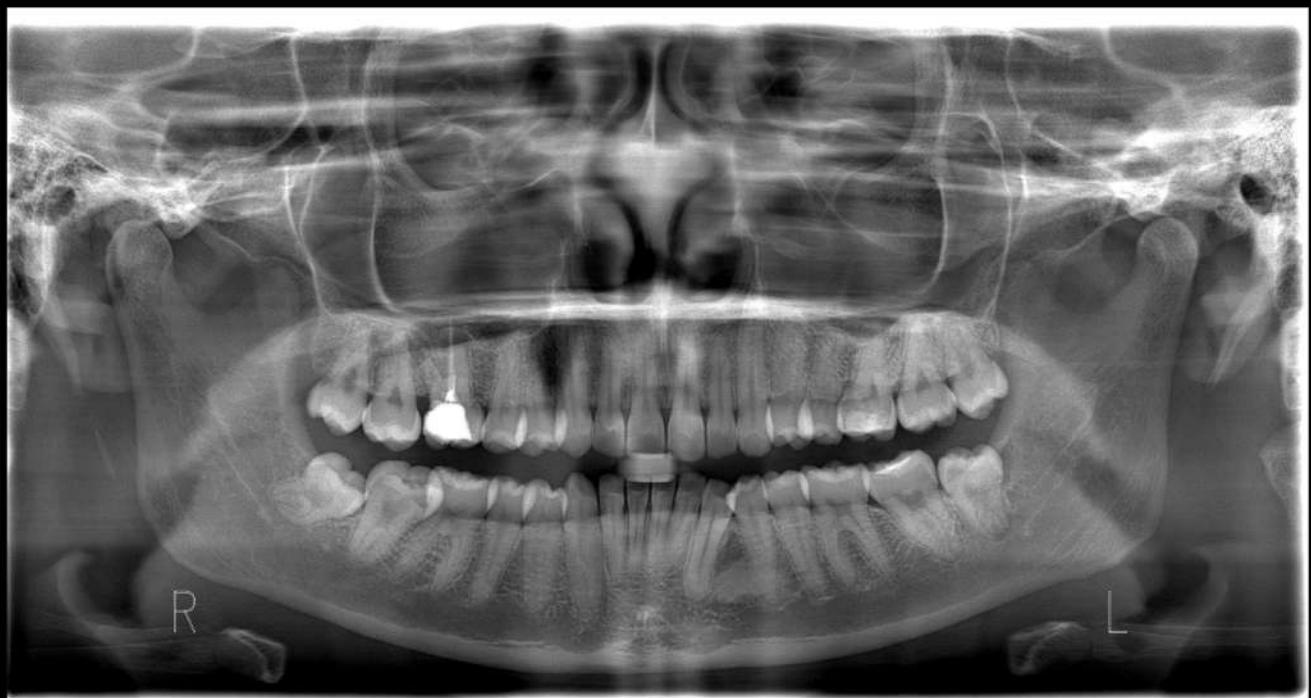
Declaro, ainda, que o procedimento descrito foi efetivamente realizado e pago de forma particular pela paciente, sendo o presente laudo emitido para fins de solicitação de reembolso junto ao convênio odontológico.

Local e data: Campinas, 27/11/2025



Dr. Matheus Jacomassi
Cirurgião-Dentista – CRO-SP nº 166739

Paciente: Kemilly Christine Vidal
D.N.: 02/11/2003 **Idade:** 22a 0m
Data: 06/11/2025
Dr(a). Matheus Jacomassi



Av. Dr. Alberto Sarmento - 989 - Castelo - Campinas - SP -



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE) – CTBMF E EXODONTIA DE 3 MOLARES**

Eu, Kemilly Christine Uebel, PACIENTE
(ou responsável legal de _____), R.G.
nº 39066730-4, C.P.F. nº 491.212.728-00, devidamente
orientado, de forma verbal, previamente à respeito deste termo à seguir, estando
sob os cuidados do profissional responsável
Dr(a). Matheus Jaconami, cirurgião-dentista inscrito no
CRO/SP nº 166739, declaro expressamente que:

1. QUANTO AO TRATAMENTO

1.1. Forneci, mediante o correto preenchimento da "**FICHA DE ANAMNESE**", relatório preciso de meu histórico de saúde física e mental, relatando, dentre outras condições: uso continuo de drogas/medicamentos, reações alérgicas em geral (a alimentos, picadas de insetos, polens, poeira), reações alérgicas de pele, doenças de qualquer espécie (física, genética, sanguíneas), sangramento anormal ou quaisquer outras condições relacionadas com minha saúde, incluindo gravidez ou simplesmente à intenção desta condição e outros problemas experimentados com algum tratamento ou cuidado médico ou odontológico anterior.

1.2. Considerando minha queixa principal, constante na Ficha de Anamnese e, após avaliação clínica e de eventuais exames complementares, o profissional responsável, esclareceu-me sobre o meu diagnóstico e possíveis alternativas de tratamento.

1.3. Após os devidos esclarecimentos e discussão de alterativas de tratamentos, os quais entendi, optei, juntamente com o profissional cirurgião da **A ODONTOLOGIA SELECT**, pela realização dos seguintes tratamentos:

Exodontia simples de dente permanente

Exodontia a retalho

Exodontia de dentes inclusos ou impactados

Exodontia de supranumerário

Apicectomia de caninos - Com obturação retrógrada

Exodontia (raiz residual)

Fracturamia ou Bridectomia

Alveoloplastia ou Alveolotomia

Cirurgia de tumor de mucosa

Ulotomia

Tratamento da lesão clínica (anestesia)

Biópsia

Cirurgia de lesão óssea (osteotomia, osteotomia e osteotomia fixa)

Punção aspirativa

Tratamento do corpo estranho ou seu remoção (I) Trat. cirúrgico da ferida

Sulcoplastia

Cirurgia para Torus Palatino

Cirurgia para Torus Mandibular - Unilateral

Cirurgia para Torus Mandibular - Bilateral

Apicectomia de caninos ou incisivos

Apicectomia de caninos ou incisivos Com obturação retrógrada

tratamento efetuado. No mais, fui informado de que os elementos bucais (dentes, gengiva, estruturas ósseas e musculares) sofrem mudanças e acomodações ao longo da vida, e, por este motivo, não se pode garantir a estabilidade do tratamento efetuado, ou seja, sei que o tratamento proposto pode não ser definitivo, havendo necessidade de retratamento.

Por fim, declaro que estou satisfeito com todas as explicações e esclarecimentos recebidos sobre o procedimento odontológico ao qual serei submetido e, não tendo maiores dúvidas, autorizo a realização do tratamento.

Campanha

, 27

de Novembro

de 2025



PACIENTE

(ou responsável legal de _____)

Dr. Matheus Jacomassi
Cirurgião Dentista
CRO/SP - 166739

Matt

CIRURGIÃO-DENTISTA

Josiane P. Carvalho

TESTEMUNHA 1

RG: 64.008643-3

CPF: 598.187.068-03

Margaux L. Drey

TESTEMUNHA 2

RG: 11427.226-8

CPF: 046.725.758-77



Paciente Kenilly, Cristina, ideal

Nome Completo do Responsável _____ Data: 2/11/2015

CPF: _____

Nº _____ CEP: _____

E-mail:

Dentista Avalista(s):

Ficha:

PREVISÃO DE HONORARIOS ODONTOLOGICOS

PLANO DE PAGAMENTO

Cartão Crédito Á vista PIX Cartão Débito Boleto parcelado em _____ vezes.

Observações $P_{12} \text{ R\$} 400,00 + P_{13} \text{ R\$} 800 \text{ em } H_x \text{ S/J}_{\text{mais}}$

OBSERVAÇÕES

1. Eventual desistência do tratamento deverá ser informada por escrito pelo paciente, sendo, contudo, cobrado o valor da consulta inicial sendo considerado o valor de R\$700,00 e 20% do total do tratamento para suprir despesas administrativas;
 2. 1.1. Pagamento efetuado através de cartão, será descontado taxa cobrada pela administradora/instituição financeira, além do previsto acima, sendo o estorno pela própria operadora do cartão.
 - 2.2. Em caso de desistência inicial ou sem finalizar o tratamento, eventuais valores pagos serão resgatáveis em 45 (quarenta e cinco) dias úteis após a entrega de todos os documentos solicitados, junto com o termo escrito noticiando a desistência, devendo -se obrigatoriamente ser reconhecido firma por autenticidade.
 - 2.3. Para pagamento parcelado no cartão, a devolução das parcelas vincendas ocorrerá de acordo com o recebimento, ou seja, igualmente parcelado, aplicando-se o convencionado acima, ficando a operadora do cartão realizar o estorno solicitado.

*Plano de Tratamento e Previsão de Custos sujeitos a modificações por intercorrências durante o curso do tratamento.

DATA	PROCEDIMENTO	FORMA	VALOR R\$	RECEBIDO POR
27/11/25	Exodontia 13, 28, 38, 48	P/C + CREDITO	R\$1120,00	Matheus

RG/CPF: 491212728-08

W. J. S.
Dentista

Receita Saúde

396.491.25.00005

27/11/2025

R\$ 1.200,00

Pagador
491.212.728-08
KEMILLY CHRISTINE VIDAL

Beneficiário
491.212.728-08
KEMILLY CHRISTINE VIDAL

Profissional
396.095.128-01
MATHEUS JACOMASSI DOS SANTOS
Odontólogo - SP166739

Data do atendimento e descrição
27/11/2025 - EXTRAÇÃO DOS 4 SISOS

Emissão
29/11/2025 por 396.095.128-01

Paciente: KEMILLY CHRISTINE VIDAL
Data Nasc.: 02/11/2003 Idade: 22a.1m.
Data Ex.: 04/12/2025
Doutor (a): MATHEUS JACOMASSI DOS SANTOS
Nº Pedido: 69359



Ampliação de 1,5x

