

**FORMA DE PAGAMENTO**

<u>DATA</u>	<u>VALOR</u>	<u>FORMA DE PAGAMENTO</u>	<u>VALOR RECEBIDO</u>	<u>X</u>	<u>DATA</u>	<u>VALOR</u>	<u>FORMA DE PAGAMENTO</u>	<u>VALOR RECEBIDO</u>
				X				
				X				
				X				
				X				
				X				



FICHA DE ANAMNESE

Queixa Principal e Evolução da Doença Atual

necessidade de limpeza periódica e verificação
para possível implantação de bloco e aparelho.

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) _____

discreta forma monolítica de 300mg.

Nome do Médico Assistente/telefone: _____

Teve alergia? ☒ Sim () Não - Qual(is) Benzilicel.

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 ☒

Antecedentes Familiares: mãe: hipertensão

Outras observações importantes: _____

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Assinatura: _____

31/05/25



FICHA DE ANAMNESE

Queixa Principal e Evolução da Doença Atual

necessidade de limpeza parodontal e verificação
para possível implantação de bloco e aparelho

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) _____

disodafarmaco monohidratado 500mg

Nome do Médico Assistente/telefone: _____

Teve alergia? ☒ Sim () Não - Qual(is) benzilpenicil.

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 ☒

Antecedentes Familiares: mãe: hipertensão

Outras observações importantes: _____

Declaro que as informações acima prestadas são totalmente verdadeiras.

Assinatura: _____

31/05/25

Do Reembolsos ao Consumidor:

- a) Caso haja necessidade de reembolso de valores ao consumidor por cancelamento ou falhas nos serviços, a CLÍNICA se compromete a realizar a devolução dentro do prazo de 30 (trinta) dias ou em prazo inferior ou superior previsto no Código de Defesa do Consumidor, dependendo da situação específica.
- b) Nos casos de desistência ou rescisão contratual por parte do consumidor, será respeitado o direito de arrependimento de 7 (sete) dias corridos, conforme o artigo 49 do Código de Defesa do Consumidor, se a contratação tiver ocorrido fora do estabelecimento comercial ou por meio eletrônico.
- c) Qualquer solicitação de reembolso deverá ser formalizada pelo consumidor por escrito, especificando os motivos e anexando os comprovantes pertinentes que justifique e comprove que deve ser feito o reembolso.
- d) De acordo com a lei nº 13.455, de 26 de junho de 2017 é permitida a diferenciação de preços de bens e serviços oferecidos ao público em função do prazo ou do instrumento de pagamento utilizado.
- e) Caso haja a necessidade de reembolso á pedido do consumidor e o pagamento foi realizado por meio que necessite arcar com taxas, o consumidor será o responsável pelas taxas, sendo devolvido somente o valor que a clínica recebeu.

Ao assinar este termo, declaro que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que aceito dar início ou iniciar algum tratamento odontológico conforme descrito acima.

Recanto das Emas, Brasília – DF

31/05/25

Assinatura do Paciente:



Seed

PACIENTE: DIEGO JULIANO LIMA FIGUEREDO

RELATÓRIO TÉCNICO

Paciente está sendo encaminhado para tratamento endodôntico dente 46, pois a opção escolhida pelo paciente de reabilitação protética é a restauração metálica fundida. Há possibilidade de alta sensibilidade e exposição pulpar durante o preparo protético, sendo assim, trazendo insucesso para o tratamento.

Me coloco a disposição para maiores esclarecimentos,

LANA PAULA S. DO NASCIMENTO

CRO - DF 14534

Dra. Lana Nascimento
Cirurgia-Dentista
CRO/DF 14534

Recanto das Emas, 16/08/25

Assinatura e Carimbo do CD

SEED ODONTO ESTÉTICA, DF-EPAO-4086, CNPJ 59.309.535/0001-91, Recanto das Emas, Av Recanto das Emas QD 303 LT 03 LJ 02, cep 72620-400, (61) 99834-2088, seedodontoestetica@gmail.com

x *[Assinatura]*