



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# MANUAL DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE EM ODONTOLOGIA



ORIENTAÇÕES, MODELOS E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# MANUAL DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE EM ODONTOLOGIA



ORIENTAÇÕES, MODELOS E RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL

Elaboração, distribuição e informações:

Conselho Federal de Odontologia (CFO)

Comissão de Legislação (CFO)

Centro de Atividades do Shin - Lote 2, Quadra Ca-07, Lago Norte, Brasília, DF,  
71503-507 - website.cfo.org.br

### **Presidente do Conselho Federal de Odontologia**

Jairo Santos Oliveira

### **Supervisão Geral**

Marcondes Martins da Silva Júnior

### **Coordenação Técnica**

Roberto de Sousa Pires

### **Elaboração Técnica**

Gustavo Barbalho Guedes Emiliano  
Marcondes Martins da Silva Júnior  
Marcos Antonio Florencio dos Santos  
Maurício Gurvitz Burd  
Mauro Machado do Prado

### **Revisão Técnica**

Gustavo Barbalho Guedes Emiliano  
Marcos Antonio Florencio dos Santos  
Mauro Machado do Prado

### **Diagramação**

Editora CJA LTDA

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Conselho Federal de Odontologia (CFO)  
Manual do prontuário do paciente em odontologia  
[livro eletrônico] : orientações, modelos e  
responsabilidade profissional / Conselho Federal de  
Odontologia (CFO): Comissão de Legislação. -- 1. ed.  
-- Brasília, DF : Conselho Federal de Odontologia,  
2026.

ISBN 978-65-979340-1-0

1. Odontologia 2. Odontologia - Legislação -  
Brasil 3. Ética profissional - Leis e legislação -  
Brasil I. Título.

26-343954.0

CDD-617.6

### **Índices para catálogo sistemático:**

1. Odontologia 617.6

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

# APRESENTAÇÃO

Todos sabem que a Odontologia contemporânea tem exigido dos profissionais e estabelecimentos, cada vez mais, o registro hábil de informações diversas (clínicas, de pactuação e de gestão) e em forma de prontuários estruturados, capazes de provar a necessária responsabilidade ética e oferecer a segurança jurídica no dia-a-dia de atendimentos aos pacientes. Para isso, é fundamental que haja a devida comprovação de uma comunicação clara e assertiva sobre questões específicas de saúde e relativas a todo o contexto do tratamento, compreendendo aspectos sobre especificidade do caso clínico, alternativas terapêuticas aplicáveis, prestação de informações inteligíveis, escolha efetiva pelo paciente, etapas de tratamento, limitações, riscos, obrigações de cada um, direito de imagens, dentre outros pontos que integram a relação profissional-paciente conduzida de forma diligente, como exigido na atualidade.

Diante da ausência de um manual prático orientado e somado ao fato de que essa falta tem causado certa insegurança em diversos colegas, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio da Comissão de Legislação, tem a satisfação de apresentar o “Manual do Prontuário do Paciente em Odontologia”. Trata-se de um conjunto consistente e atual de orientações e de modelos de documentos para uma atuação profissional mais segura, ética e aplicada à realidade de cada paciente.

Esse manual traz logo no seu título uma importante atualização da nomenclatura ao adotar “Prontuário do Paciente” em detrimento do termo “Prontuário Odontológico”. Essa mudança, em precisão terminológica, visa refletir a centralidade da atenção odontológica no cuidado e no respeito à pessoa do paciente e ressaltar o quanto é importante o registro detalhado e completo, a partir de uma atuação profis-

sional orientada para uma prática de interação, reciprocidade e empoderamento do paciente, organizando as etapas dos atendimentos e registrando-as de forma que os dados possam ser acessados e /ou recuperados ao longo do tempo de tratamento e em qualquer outra ocasião futura, além de possibilitar a atuação em equipe, até mesmo de forma multiprofissional em saúde.

Nossa intenção é oferecer à classe odontológica não apenas um modelo, mas um instrumento norteador de trabalho que sirva como referência prática e adaptável às diferentes realidades de atuação profissional, com diretrizes objetivas, para uma atuação clínica de excelência, administrativamente atenta, juridicamente preventiva e eticamente comprometida.

Agradecemos a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com ideias e sugestões para que este trabalho pudesse ser concluído em tempo de contribuir com o aprimoramento contínuo da nossa profissão.

*Os Autores*

# SUMÁRIO

- 03** APRESENTAÇÃO
- 07** I INTRODUÇÃO
- 07** II OBJETIVO
- 08** III JUSTIFICATIVA E FUNÇÕES DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE
- 09** IV DO SIGILO PROFISSIONAL E DA PROTEÇÃO DE DADOS
- 10** V O PRONTUÁRIO DO PACIENTE
- 12** VI ORIENTAÇÕES SOBRE PARTES INTEGRANTES DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE E SEUS ANEXOS
  - 12** A) FICHA CLÍNICA
  - 18** B) PLANO DE TRATAMENTO.
  - 18** C) EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS
  - 20** D) CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
  - 21** E) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
  - 23** F) EXAMES COMPLEMENTARES
  - 24** G) REGISTRO DE IMAGENS, MODELOS EM GESSO, ENCERAMEN-  
TOS E OUTROS
  - 24** H) ATESTADOS E DECLARAÇÕES
  - 26** I) RECEITAS
  - 29** J) ENCAMINHAMENTOS E PARECERES
  - 30** K) RECIBOS DE ENTREGA DE DOCUMENTOS E PROTOCOLO DE  
ENTREGA
  - 30** L) AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGENS E VOZ
- 31** VII SISTEMA DE REGISTRO ELETRÔNICO DE INFORMAÇÃO EM  
SAÚDE E DIGITALIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO FÍSICO
- 34** VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS
- 36** IX REFRÊNCIAS NORMATIVAS
- 38** X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
  - 40** ANEXO 1. FICHA CLÍNICA, PLANO DE TRATAMENTO E  
EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS

- 53** ANEXO 2. CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS
  - 61** ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
  - 66** ANEXO 4. REGISTRO DE EXAMES COMPLEMENTARES
  - 68** ANEXO 5. REGISTRO DE IMAGENS, ENCERAMENTOS E OUTROS
  - 70** ANEXO 6. ATESTADOS E DECLARAÇÕES
  - 76** ANEXO 7. RECEITAS
  - 82** ANEXO 8. ENCAMINHAMENTO E PARECERES
  - 85** ANEXO 9. RECIBOS DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
  - 89** ANEXO 10. AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGENS E VOZ
- 91** XI FAQ PERGUNTAS FREQUENTES



## I - INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Odontologia solicitou à Comissão de Legislação, composta pelos Cirurgiões-dentistas Roberto de Sousa Pires (PA), Gustavo Barbalho Guedes Emiliano (RN), Marcondes Martins da Silva Júnior (PI), Marcos Antonio Florencio dos Santos (PB), Maurício Gurvitz Burd (RJ) e Mauro Machado do Prado (GO), que realizasse a proposição de um modelo atualizado do Prontuário do Paciente e seus anexos, com textos de orientações e sugestões de conteúdos que contemplem um adequado registro odontológico, para aplicação na prática profissional, observados os preceitos éticos e legais pertinentes.

Importa ressaltar que este trabalho de orientações e de proposição de modelos não encerra o todo sobre documentação, devendo haver constante atualização pelo Profissional e contextualização dos meios de registro de dados na prática profissional, de forma individualizada e crítica. Contudo, a partir do que será adiante apresentado, o Cirurgião-dentista terá a possibilidade de registros hábeis, a serem complementados de acordo com sua realidade profissional específica.

## II - OBJETIVO

Apresentar um manual com orientações e modelos, para a elaboração e a aplicação criteriosa do Prontuário do Paciente na rotina da prática profissional, abordando detalhadamente as peças e as partes que integram o referido prontuário, de forma a atender às exigências éticas e legais, para um exercício responsável, cuidadoso, acessível e em gestão de riscos.

### III - JUSTIFICATIVA E FUNÇÕES DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

O presente trabalho se justifica em razão da elaboração de um prontuário ser um dever ou uma obrigação do profissional da Odontologia e de uma instituição ou estabelecimento de saúde e de existirem múltiplas funções para este. A seguir, são descritas cinco funções do Prontuário do Paciente:

**a) Saúde e Clínica:** representa a principal função, que objetiva o correto registro da situação pregressa e da atual condição de saúde do paciente, assim como anotações sobre tratamentos (anteriores; propostos; em evolução; e efetivamente executados), com apontamento detalhado de procedimentos, materiais utilizados e exames realizados, como memória para a consulta de dados, em acompanhamento do caso do paciente.

**b) Administrativa e Financeira:** uma vez que representa uma ferramenta de gestão do tratamento e da atuação profissional, seja do ponto de vista de administração, seja em controle financeiro.

**c) Legal:** em razão da obrigação de cumprimento das previsões éticas, legais e jurisprudenciais diversas, tendo o Cirurgião-dentista e a entidade prestadora de serviços odontológicos a obrigação de produzir e arquivar documentos, para fins públicos ou privados, como meio de prova, quando da busca do esclarecimento da verdade, para a aplicação de direitos e deveres, para a identificação humana, em casos de cooperação com a justiça, ou mesmo na tutela de grupos vulneráveis.

**d) Ética:** com objetivo de proteção e cuidado ao paciente assistido, de forma a zelar pela sua saúde e dignidade, além da proteção do profissional quando do correto exercício, pelo dever de seguir preceitos previstos no Código de Ética Odontológica.

**e) Social:** com o objetivo de servir de potencial fonte de dados para análises com fins epidemiológicos, sanitários e de elaboração de políticas públicas aplicáveis às necessidades sociais no campo da Odontologia, a serviço e em proteção da sociedade.

Outras funções podem ainda ser a de comunicação com as autoridades da vigilância epidemiológica, decisão estratégica e aplicação de recursos financeiros em áreas focais que exigem atenção especial ou urgente, eficiência de comunicação entre a atenção primária e a especializada, segurança do paciente e de profissionais, educação, instrumento para a diminuição da glosa - recusa de pagamento, e fraudes a operadoras de planos de saúde, dentre outras.

## **IV - DO SIGILO PROFISSIONAL E DA PROTEÇÃO DE DADOS**

O profissional ou entidade prestadora de serviços odontológicos, em cumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - Lei de nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, independentemente de ser o prontuário em meio físico, eletrônico ou digitalizado, deverá possibilitar livre acesso do paciente a todo e qualquer registro de dados seus, devendo ser garantidos os direitos de: qualidade, transparência e segurança dos dados, acesso à integralidade de seus dados pessoais, ciência da forma de arquivo e de guarda de suas informações e consulta facilitada e gratuita.

As informações deverão ser registradas de forma clara e precisa, estando acessíveis sob consulta hábil e segura, observados os aspectos de consentimento, sigilo, confidencialidade e anonimização aplicáveis. Ainda, o paciente (titular dos dados) deverá ser informado, sempre que solicitado, sobre todas as pessoas que possuem acesso aos dados do prontuário ou de peça individualizada.

Em especial, por serem os dados pessoais referentes à saúde considerados dados sensíveis, o que remete a grande

compromisso e responsabilidade do Cirurgião-dentista e da Equipe Profissional do qual faz parte, envolvendo profissionais Técnicos e Auxiliares em Saúde Bucal e em Prótese Dentária, bem como outros Profissionais da Saúde que tenham acesso aos dados e documentos relativos a atendimentos odontológicos.

## **V - O PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

É a denominação dada a um conjunto de documentos, constituído por registros de informações, sinais, sintomas e imagens registradas, gerados a partir de relatos, fatos, situações e acontecimentos relacionados à saúde do paciente e à assistência profissional a ele prestada. É conjunto de documentos de caráter ético, legal, sigiloso e científico, que possibilita o compartilhamento de informações entre membros da Equipe Interprofissional e a continuidade de acesso a estas informações no contexto e processo de assistência prestada ao indivíduo, devendo compreender registros a cada avaliação/sessão/atendimento, em ordem cronológica, com data, hora, nome e assinatura do profissional, assim como do número de inscrição deste no CRO de sua jurisdição. Deve ser de elaboração específica para cada indivíduo, sob obtenção de visto/assinatura deste ou de seu Responsável Legal.

O Prontuário do Paciente pode ainda conter exames complementares diversos, sejam estes laboratoriais, clínicos, gráficos (traçados) e/ou imagiológicos, assim como objetos, protótipos e outros documentos, para atender à demanda do caso clínico e às normas éticas e legais aplicáveis.

Na sua elaboração e atualização, recomenda-se evitar o uso de siglas e abreviações, salvo se de uso e conhecimento universal, devendo ser em letra legível, ao longo de toda a documentação.

É importante ressaltar que configura dever dos profissionais e das instituições de saúde elaborar e manter atualizados prontuários para cada paciente, de forma legível e de acordo com as normas em vigor, incluindo os prontuários

eletrônicos e/ou digitais, bem como guardar e garantir o sigilo ou a confidencialidade das informações por parte da Equipe de Saúde Bucal ou de quem venha a ter acesso por dever da função de continuar a assistência à saúde.

Em se tratando de Prontuário do Paciente em Instituição de Ensino Superior (IES), que oferte Curso de Odontologia, recomenda-se que a IES adapte as informações a serem prestadas aos pacientes assistidos em clínicas de ensino-assistência, que justifiquem a recusa do atendimento, a interrupção do tratamento ou o tempo mais longo para a conclusão do tratamento, em razão da complexidade do caso, da finalidade pedagógica, do estágio de formação em que estudantes se encontrem em relação a habilidades e aos conhecimentos que o caso clínico demande, ou mesmo delonga em razão de casos fortuitos que forcem a paralisação dos atendimentos nas clínicas das instituições.

No contexto da Educação/Formação Profissional, o Prontuário do Paciente reveste-se de um importante instrumento de aprendizado e seu preenchimento correto é uma condição para se alcançar esse objetivo da formação para uma prática consciente da relevância dos registros de dados relativos à assistência em saúde. Para fins éticos e legais, também se recomenda ao estudante, ao docente e ao preceptor, o cumprimento das orientações deste manual, em clínicas-escola ou em estágios supervisionados fora da instituição, sem prejuízo das normas específicas da entidade receptora.

## **VI- ORIENTAÇÕES SOBRE PARTES INTEGRANTES DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE E SEUS ANEXOS**

### **A) FICHA CLÍNICA:**

#### **- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL OU DA ENTIDADE PRESTADORA DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA (EPAO)**

Orientações:

Com base na obrigação prevista no Código de Ética Odontológica vigente, é necessário que haja a qualificação completa do Cirurgião-dentista Assistente, com nome completo, número de inscrição no Conselho Regional e suas qualificações profissionais de Clínico Geral ou de Especialista, caso registradas especialidades odontológicas no Sistema CFO-CRO, bem como endereço profissional e contatos telefônicos para acesso pelo paciente. Caso se refira a Pessoa Jurídica (EPAO), deve ser indicada a qualificação completa desta, assim como a identificação do respectivo Responsável Técnico (RT).

#### **- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E, SE APLICÁVEL, DE SEU RESPONSÁVEL LEGAL**

Orientações:

A partir de referência legal e práticas de inclusão, a qualificação do paciente deve conter: nome completo, nacionalidade, naturalidade, data de nascimento, estado civil, profissão/ocupação, endereço completo, endereço eletrônico, contato telefônico, bem como seu perfil na rede social (este opcional, mas válido para eventual consulta e/ou registro de fato ou produção de prova).

Caso venha a fazer indagação sobre ancestralidade/raça/cor, sexo e/ou gênero, permitir a autodeclaração. Ainda, atenção para respeitar se o paciente indicar uso de nome social.

Quando se tratar de paciente menor de idade ou incapaz, deverão constar também os dados completos do(s) responsável(eis) legal(is). Salienta-se

a importância de possível necessidade de contato com este(s) durante os atendimentos.

É igualmente relevante constar tipo, local e época de eventual tratamento anterior a que foi submetido o paciente e o nome de Cirurgião-dentista executor, com o objetivo de acesso ao profissional anterior e esclarecimento de possíveis dúvidas, ou mesmo para não responder o atual Cirurgião-dentista por procedimento de outrem.

### **- ANAMNESE, QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E INVENTÁRIO ODONTOLÓGICO**

Orientações:

Deve-se seguir as recomendações preconizadas pela Semiologia, para o registro da História Clínica, em seu conjunto de dados a que se nomeia Anamnese, conforme partes sugeridas a seguir: Queixa Principal e/ou Secundárias; História da Doença/Moléstia Atual; História de Saúde Progressiva: Médica e Odontológica; História Familiar; História Pessoal e Social; Questionário ou Inventário de Saúde e sua interpretação; e Revisão dos Sistemas.

O levantamento da História Clínica, em todas as suas partes, em especial, o Questionário ou Inventário de Saúde, é momento muito importante para o adequado diagnóstico, planejamento e orientações profissionais a serem prestadas ao paciente.

Este levantamento da saúde do paciente é complexo-dirigido, demandando explicações ao paciente e, portanto, que a condução seja feita pelo Cirurgião-dentista para que a coleta de informações seja o mais fiel e precisa possível.

Caso seja ao paciente entregue para responder, como forma de adiantamento, deve o profissional retomar o levantamento, de forma a assegurar que o paciente tenha compreendido cada questionamento e que tenha dado a informação correta esperada.

O modelo de Inventário de Saúde a seguir apresentado é bastante preciso e completo. Pode o Cirurgião-dentista optar por perguntas em menor número e resumidas, mas perderá em completude de levantamento e em segurança maior de diligência. Também pode, por razões específicas da condição de saúde do paciente ou da especificidade da área de atuação profissional, incluir outras questões que considere relevantes.

## - EXAME FÍSICO

Orientações:

O Exame Físico compreende uma série de observações e informações obtidas sobre as condições gerais de saúde do paciente, a partir de uma verificação profissional apurada e atenta, em que o Cirurgião-dentista se utiliza dos seus sentidos (visão, tato, audição, olfação) e de sua formação, capacidade e experiência para a coleta do maior número de dados em avaliação completa do paciente.

O Exame Físico contempla o Exame Geral (biotipo, sinais vitais, deambulação, estado emocional, simetria/assimetria) e o Exame Loco-regional (extra e intrabucal).

Algumas figuras humanas, de cabeça e pescoço, em cortes diferentes, mostrando faces e estruturas do sistema estomatognático, podem ser usadas para ilustrar e registrar a avaliação do quadro do paciente.

No campo da Odontologia, o Exame Físico consiste no reconhecimento de normalidade ou dos sinais e/ou sintomas objetivos das alterações buco-maxilo-faciais.

Em específico, deve ser anotada a descrição do estado facial e bucal do paciente antes de iniciar o tratamento, com anotação completa das condições (sinais) e dos procedimentos e trabalhos já realizados em tratamentos anteriores. Obviamente, a tomada de imagens (fotografia, escaneamento, fi Imagem) ou mesmo desenho ou registro em figura

poderá ser a opção adotada, mas que não necessariamente substitua registros descritivos expressos hábeis.

São importantes as anotações sobre: as patologias existentes (as de desenvolvimento, as de natureza inflamatória e/ou infecciosa e as de natureza física/traumática/ química); as lesões de cárie; as ausências de dentes; os procedimentos presentes (restaurações existentes e faces envolvidas, com registro do tipo dos materiais restauradores empregados e da extensão da restauração; próteses, com classificação, material utilizado e elementos substituídos; os implantes dentários, com anotações específicas sobre o sistema e tipo de implante; tratamentos endodônticos; clareamento; procedimentos estéticos, dentre tantos outros); o padrão de oclusão do paciente (em sua classificação e funcionalidade ou não dos fundamentos de oclusão – guia anterior, lateralidade em guia canino ou em função parcial ou em grupo, interferências, desordens temporomandibulares, etc.).

Estes registros completos devem ser realizados mesmo que o Cirurgião-dentista seja um Especialista e esteja prestando serviços em sua área específica, sob o risco de poder ser questionado por eventual omissão de alerta e de encaminhamento sobre outras necessidades do paciente. O Especialista atenderá o paciente em sua especialidade, mas registra e alerta para que o paciente busque assistência para outras necessidades com outro profissional.

Por exemplo, não se pode e nem se aceita eticamente a presença de lesões notáveis de pré ou de malignidade para câncer de boca ou outra doença sistêmica com manifestação oral ou facial sem a orientação clara e encaminhamento por parte do Cirurgião-dentista assistente para que o paciente procure atendimento por outros profissionais e serviços de referência.

Registros fundamentais no contexto da prática profissional odontológica são aqueles, pois, referen-

tes: 1) à condição com que chega um paciente para avaliação; 2) ao planejamento dos procedimentos tidos como necessários; e 3) aos procedimentos realizados pelo Cirurgião-dentista atual prestador de serviços ao paciente.

O primeiro registro serve para demonstrar o que outro profissional fizera anteriormente ao atual tratamento, caso tenha o paciente já se submetido a tratamento. O segundo, indica em que consiste o pacto de tratamento a ser executado. E o terceiro registro vale como demonstração de cada procedimento realizado, em cumprimento/ entrega do serviço ou tratamento contratado.

Atualmente, com os recursos da modernidade tecnológica, há diferentes formas de se fazer tais registros. Pode-se registrar a condição de saúde facial e/ou bucal do paciente por imagens, obtidas por scanners, por fotografia (extra ou intrabucal) ou por vídeo, pois uma imagem certamente contém significativa informação.

Outro recurso, há muito utilizado e ainda válido e aplicável, é o chamado Odontograma, que pode ser de diferentes formas: descritivo, por diagrama ou anatômico.

O Odontograma Descritivo é aquele em que a descrição é redigida por extenso, associada ao número de cada dente dos arcos dentais, segundo Notação Dentária de dois dígitos (adotado pela Federação Dentária Internacional).

O Odontograma por Diagrama seria a representação de formas dos dentes por meio de figuras geométricas, também utilizados, mas sem a precisão da anatomia própria, dificultando reprodução ou registro preciso em forma, contorno ou extensão. Por exemplo, os odontogramas disponibilizados por programas/software de prontuários eletrônicos/digitais tendem a ser desta espécie.

Já o Odontograma Anatômico é aquele que busca imitar ou representar fielmente as características e os detalhes anatômicos de cada face dos dentes

dos arcos dentais superior e inferior, sendo ideal um modelo que exponha as cinco faces coronárias e possibilite a visualização integral de coroa e raiz. Este último permite registros precisos que podem ser imprescindíveis em análises sobre o tratamento de cada Cirurgião-dentista que tenha assistido o paciente, assim como se um terceiro interferiu no procedimento realizado por outro, devendo ser lembrada a informação útil em análises periciais diversas (em âmbitos cível e criminal, para fins determinados em cada uma destas esferas).

É recomendável que sejam utilizados dois odontogramas, de forma que o primeiro sirva de registro da condição com que o paciente sempre se apresenta ao profissional antes do Odontograma Inicial e o segundo sirva tanto para registro do planejamento como também dos procedimentos executados no curso do Odontograma Final. Isto para que valham como provas específicas e não se macule cada um dos registros, o que acontecerá se o profissional registrar procedimento realizado sobre as anotações de como o paciente chegou.

Segue, como sugestão e indicação, um Odontograma Anatômico desenhado pela Profa. Maria Inez Lemos Peliz, Professora aposentada de Dentística, que gentilmente cedeu para uso na Faculdade de Odontologia da UFG e para o presente propósito do CFO. O desenho foi feito em dimensões que correspondem às medidas médias reais de cada dente, conforme literatura de anatomia dental.

Importa lembrar que se deve utilizar uma padronização para registros e, neste sentido, o Sistema Decimal da Federação Dentária Internacional (sistema de dois dígitos) é o indicado para a identificação dos dentes, permitindo interpretação global, independente de idioma ou norma regional.

## - **DIAGNÓSTICO**

Orientações:

Representa passo inicial e decisivo de processo analítico para se chegar a uma conclusão antes da

elaboração do plano de tratamento, em que devem ser utilizados todos os meios clínicos e auxiliares, como laboratoriais, imagens, inteligência artificial, dentre outros.

## **B) PLANO DE TRATAMENTO**

Orientações:

O termo Plano de Tratamento representa o registro detalhado da proposta de tratamento, nas diferentes alternativas aplicáveis ao caso clínico específico, com descrição minuciosa dos dentes ou regiões faciais e/ou bucais envolvidas, técnicas indicadas, procedimentos propostos e materiais a serem utilizados.

Devem ser oportunizadas ao paciente as alternativas de tratamento aplicáveis ao seu caso clínico, que deverá, após receber informações completas e inteligíveis ao leigo, optar pela que melhor lhe convier, em decisão/escolha autônoma esclarecida, compartilhada com o profissional.

## **C) EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS**

Orientações:

Corresponde às anotações gerais e específicas relativas a cada agendamento e/ou atendimento/procedimento.

Em caso de presença do paciente e efetiva assistência, corresponde à anotação de cada etapa de execução do plano de tratamento escolhido, ou seja, são registros de todos os procedimentos realizados, com descrição precisa das regiões, dos dentes e faces coronárias envolvidas, bem como da técnica empregada e dos materiais utilizados.

Devem ser anotadas também as faltas, em sua justificativa apresentada pelo paciente ou mesmo se injustificadas.

Eventual intercorrência deve ser registrada, com as possíveis complicações relacionadas ao trata-

mento, durante o atendimento ou relatadas pelo paciente em qualquer contexto (acidentes, reações insatisfatórias, desdobramentos diversos).

O registro do tratamento executado pode ser feito conforme orientado acima, por meio de registros por imagens (fotografias, escaneamento ou vídeo) ou em odontograma específico, com a maior precisão possível no que tange a tipo, dente envolvido, contorno e dimensões (por exemplo, de restaurações ou próteses).

Conforme previsão do Código de Ética Odontológica e por indicação em literatura odontolegal, é importante conter a data de execução do trabalho, o dente ou região bucal ou bucofacial, o procedimento em si, o profissional executor e vistos/ assinaturas, principalmente do paciente, mas também do Cirurgião-dentista (nome e número de inscrição no CRO) que realizou o atendimento/procedimento e mesmo o visto de Profissional da Equipe Auxiliar.

Nesta parte, também devem ser registrados as solicitações e os resultados de exames realizados, assim como a interpretação dos mesmos.

Para resguardo do profissional, esta parte será fundamental para o esclarecimento da verdade, para a defesa da empresa e do profissional, sobre adequada assistência, sobre não abandono e/ou rechamada por parte do Cirurgião-dentista, sobre abandono de tratamento pelo próprio paciente, e mesmo para comprovação de execução de procedimento em caso de necessária cobrança judicial de honorários.

A depender do detalhamento com que for feito o registro, assim como da coleta de assinatura (em bilateralidade: Paciente e Profissional signatários), esta parte será de maior ou menor valor probatório.

## D) CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Orientações:

É o instrumento de acordo mútuo e pactuação que rege a relação entre o profissional/ clínica e o paciente assistido, resguardando, de forma igualitária, os direitos e deveres de ambas as partes.

Esta peça possui conteúdo singular para cada situação de tratamento, devendo ser alterado o modelo proposto de forma a atender as necessidades de cada tratamento e especialidade.

Embora haja o costume do contrato expresso verbal na prática odontológica de rotina, seu estabelecimento expresso escrito oferece maior segurança sobre o que fora pactuado.

As partes a serem contempladas em um contrato para aplicação odontológica são: qualificação das partes; objeto ou objetivo do contrato; valor dos serviços contratados; forma de pagamento; prazo estipulado para o tratamento e para a vigência do contrato; obrigações das partes; caracterização de abandono ou ruptura; forma de rescisão; indicação de número de vias; previsão de testemunhas e assinatura das partes.

O modelo apresentado nesta proposta tem composição e estrutura para aplicação geral, devendo ser adequado à realidade individual de cada profissional ou estabelecimento de saúde.

Não há necessidade de reconhecimento de firma ou registro em Cartório para validade do contrato entre Cirurgião-dentista e paciente (caso aplicável, representado por Responsável Legal).

Todas as páginas do contrato devem ser rubricadas ou assinadas. Ao final do contrato, deve ser colhida a assinatura do paciente e/ou de seu Responsável Legal (a depender da idade do paciente: se absolutamente incapaz; se relativamente capaz; ou se já maior). No entanto, uma observação pertinente se refere à indicação e assinatura por 02 (duas) teste-

munhas para tornar possível a execução judicial (cobrança direta pelo profissional na esfera judicial).

## **E) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Orientações:

A obtenção de autorização ou consentimento do paciente para a realização de tratamento de saúde é processual, ou seja, deve-se obter a anuência do paciente antes, reforçar durante o tratamento e, ao final, deixar claras as orientações sobre cuidados e acompanhamento. Assim, não é somente momento único de elaboração e assinatura do termo antes do início de um tratamento, sendo este um passo dentro das medidas de informação prévia para a participação autônoma do paciente na escolha consciente de alternativas aplicáveis ao seu caso clínico e necessidade.

A obtenção de consentimento do paciente pode se dar de diferentes formas (verbal, escrita, impressa, gravada-filmada, testemunhada, coletiva ou individual), sendo mais diligente que seja expressa, de forma individual e registrada (escrita/impressa/gravada-filmada). A forma registrada é a que protege o profissional quanto ao esclarecimento da verdade se questionado ou dúvida for suscitada pelo paciente.

Obtem-se o consentimento após oferta das alternativas aplicáveis em Plano de Tratamento apresentado ao paciente, devendo, na ocasião, ser contemplados aspectos importantes de cada uma das possibilidades de tratamento aplicáveis, com criterioso detalhamento sobre pontos positivos (benefícios, vantagens), pontos negativos (malefícios, desvantagens), limitações, riscos, custos e etapas/passos de cada um dos procedimentos ofertados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), também chamado de Termo de Consentimento Informado (TCI), é o documento que expressa o respeito à autonomia do paciente, em escolha

e decisão de forma livre e esclarecida, a partir de explicações completas e compreensíveis sobre sua condição de saúde e necessidades e alternativas de tratamento individualizadas.

Além de ser uma construção em cuidado ético, este documento tem natureza jurídica, por representar decisão compartilhada a partir de pactuação clara e bilateral. Mas, não é salvaguarda perfeita, ou seja, não serve para eximir o profissional de toda e qualquer responsabilidade, sendo, entretanto, fundamental documento para a prática profissional segura nos dias atuais.

A estrutura, forma, partes e conteúdo ainda é um exercício na prática profissional em saúde, não havendo determinação específica prevista em norma ética ou legal, mas literatura em orientação sobre aspectos ou pontos relevantes a serem contemplados.

Neste Manual, é apresentado uma proposição de modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma geral, a ser complementado pelo Cirurgião-dentista, por ser assim necessário como condição de validade, de acordo com sua prática, especialidade e caso clínico específico.

Em regra, um TCLE deve conter registro de que foram ao paciente apresentadas e com ele discutidas as alternativas indicadas como possíveis técnicas de tratamento, devendo ser contemplados agora os aspectos importantes dos procedimentos eleitos, com reforço e detalhamento sobre os pontos todos trabalhados na oferta, em retomada e registro de orientações, para demonstrar a escolha informada e consciente.

É também importante constar o compromisso do paciente, para que fique expressa a necessidade de sua cooperação e participação no contexto do tratamento.

É prudente, ainda, mencionar não ser a Odontologia uma ciência exata, de maneira que o paciente saiba não ser possível ao Cirurgião-dentista se

comprometer a um resultado específico, mas apenas agir com zelo e diligência, dentro de técnicas consagradas e evidências científicas consolidadas, bem como deve o paciente ser cientificado de que o objetivo esperado pode não ser alcançado, por haver interferência de fatores como a resposta individual do organismo do paciente e sua efetiva participação no tratamento.

Quanto à redação, deve ser clara, completa e de forma e conteúdo de fácil compreensão para o paciente leigo em assuntos técnicos de Odontologia. Pode o documento ser redigido em primeira ou terceira pessoa do singular.

Ao final, deve ser colhida a assinatura do paciente e/ou de seu Responsável Legal (a depender da idade do paciente: se absolutamente incapaz; se relativamente capaz; ou se já maior), podendo constar também a do profissional e de 02 (duas) testemunhas, para maior segurança.

## **F) EXAMES COMPLEMENTARES**

Orientações:

Os exames complementares, ou auxiliares, são meios essenciais e necessários para o diagnóstico, o planejamento e para o tratamento em si, além da preservação do caso.

Assim, é importante a anexação de exames de laboratório, exames imaginológicos (radiografias, tomografias, ressonância magnética, etc.) e fotografias, devidamente rotulados e identificados para cada paciente, pois são peças a serem arquivadas em suas diversas formas, fazendo parte do Prontuário do Paciente.

Os exames de laboratório de análises clínicas e os exames anatomopatológicos, embora não sejam rotina na clínica odontológica, podem ser solicitados quando precisamente indicados e dentro do campo de atuação da Odontologia, ou deve ser recomendada a busca e consulta médica adequada.

Pode o paciente trazer outros exames de outras regiões do corpo que não a área de atuação do Cirurgião-dentista (de não solicitação pelo Cirurgião-dentista), mas que possam auxiliar no diagnóstico de uma patologia com implicação facial e/ou bucal ou possam servir ao diagnóstico e planejamento do caso.

Fotografias, escaneamento e vídeos são hoje importantes registros, podendo consistir em recurso de exame específica ou apenas servirem para comprovação de atuação ou atendimento e parâmetro de comparação.

## **G) REGISTRO DE IMAGENS/MODELOS EM GESSO, EN-CERAMENTOS E OUTROS**

Orientações:

Conforme já mencionado no item anterior, os registros de imagem na forma de fotografia, de escaneamento ou de vídeos, assim como os modelos em gesso, protótipos impressos 3D ou mesmo digitais, enceramentos e demais etapas de planejamento e tratamento são importantes meios de prestação de informações fidedignas a qualquer tempo.

Este documento oferece uma melhor forma de organizar estes diferentes tipos de documentos, uma vez que todo meio que contenha informação é considerado documento e pode ser usado como meio de prova.

## **H) ATESTADOS E DECLARAÇÕES**

Orientações:

Atestado Odontológico é o documento em que o Cirurgião-dentista tem previsão legal (Lei Federal 5.081/1966) para atestar uma determinada condição de saúde ou de doença por ele avaliada praticando ato odontológico a partir de exame clínico completo ou em que declara atendimento ao paciente, com possibilidade de menção sobre capa-

cidade, restrição ou convalescença, segundo o que lhe confere a lei, a qualificação e o exercício profissional efetivo.

São informações relativas ao atendimento de um paciente, que servem para afirmar algo relativo ao tratamento, à prestação de informação sobre a assistência, com menção a eventual desdobramento ou convalescença.

De igual forma, quando se tratar de acompanhamento, seja de menor de idade seja de pessoa com deficiência ou pessoa idosa, a Declaração de Acompanhamento seria o melhor documento.

Verificar cada situação e demanda específica, para a elaboração do documento adequado, se Declaração ou Atestado Odontológico.

Importante salientar que, se o Cirurgião-dentista escrever algo que não corresponda à verdade, de forma equivocada ou graciosa (querendo fazer favor a alguém, em falsa afirmação), comete falta ética e incidirá, também, no crime de Falsidade Ideológica previsto pelo Código Penal vigente, Artigo 299 (já que a previsão para atestado médico falso do Artigo 302 do Código Penal se refere apenas à conduta própria do Médico).

Assim, em momento e de forma alguma, deve o Cirurgião-dentista atestar de maneira equivocada ou sem corresponder ao que efetivamente fez, quanto a procedimento, convalescença, data e real intervalo de tempo do atendimento, e se há mesmo necessidade de repouso ou não, bem como o certo período necessário à recuperação do paciente.

Como documento emitido em favor do paciente, recomenda-se que o Cirurgião-dentista o elabore e guarde uma via para eventual necessidade de demonstrar o conteúdo do referido documento e a diligência que este encerra.

É importante destacar que o sigilo profissional é um dever do Cirurgião-dentista e, via de regra, a informação sobre o tipo de diagnóstico e/ou o tratamento realizado deve ser omitido no Atestado Odontológico, podendo

o profissional mencionar frases genéricas como “esteve sob meus cuidados”, “realizou tratamento dentário ou odontológico” ou outras que funcionem para comprovar a impossibilidade de comparecer a atividade ou a incapacidade para realizar funções. Dessa forma, visa minorar eventuais danos e constrangimentos ao paciente e resguardar o profissional de possível acusação de quebra de sigilo. Em casos especiais, se solicitado e autorizado pelo paciente, e preferencialmente com a observação por escrito “CID\_\_ autorizado por:\_\_\_\_”, o profissional pode incluir o número do CID no documento. Uma outra possibilidade de utilização pode vir a ser admitida, a modalidade eletrônica/digital para Atestado Odontológico.

## I) RECEITAS

Orientações:

Receita é a designação para a prescrição escrita de um medicamento, efetuada por profissional legalmente habilitado, que contém especificações e orientação de uso para o paciente, quer seja de preparação magistral ou de produto industrializado, cujo conteúdo e forma deve observar determinação legal e administrativa (Agencia Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa / Sistema Nacional de Controle de Receituários - SNCR / Ministério da Saúde - MS).

Receituário é o meio em que se dispõe a receita ou prescrição. A prescrição de fármacos/drogas é normatizada pelas Leis Federais de nº 5.991/73 e de nº 9.787/99, pela Resolução 357/01 do Conselho Federal de Farmácia e pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 1.000, de 11 de dezembro de 2025, que dispõe sobre os requisitos de controle para Notificações de Receita, Receitas de Controle Especial e Receitas sujeitas à retenção emitidas em meio eletrônico e disponível em:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/controlados/sncr/modelos-de-receituarios>

Vale ressaltar que a receita em suporte de papel deve ser escrita à tinta, em letra de forma, de maneira legível, clara e por extenso, sem emendas ou rasuras, não devendo apresentar abreviaturas, códigos ou símbolos, podendo, nos casos pertinentes, ser elaborada eletronicamente conforme legislação vigente.

A receita, ou prescrição, é o único documento odontológico com previsão legal específica, devendo conter partes e formalidades necessárias, segundo o tipo de receita em questão, se: receita profissional (comum ou simples), receita de controle especial (branca), notificação de receita (talonário azul) ou receita magistral.

Importante ressaltar que, como para todo e qualquer documento emitido em favor do paciente, recomenda-se que o Cirurgião-dentista guarde uma via para eventual necessidade de demonstrar o conteúdo do referido documento e a diligência que este encerra e o arquivo eletrônico ou outro meio, quando pertinente.

A receita profissional, também chamada de receita simples, é aquela utilizada para a prescrição de medicamentos anódinos e medicamentos de tarja vermelha (cuja apresentação contém nota com os dizeres “venda sob prescrição médica”) e esta segue as regras descritas na Lei de nº 5.991/73.

A receita de controle especial (ou receita branca) é a utilizada para a prescrição de medicamentos de tarja vermelha (com os dizeres “venda sob prescrição médica” e “só pode ser vendido com retenção da receita”), cujo bojo se refere a substâncias sujeitas a controle especial.

A notificação de receita é um impresso em talonário padronizado (nas cores amarela ou azul) e numerado, utilizado para a prescrição de medicamentos que contenham substâncias listadas em Portaria regulamentar específica (Listas A, B ou C), que mandam cadastro do profissional junto à Vigilância Sanitária onde atua.

A notificação de receita permitida para prescrição pelo Cirurgião-dentista vem em talonário de cor azul (sendo que o Médico poder fazer uso do azul e do amarelo) e é a forma e estrutura a ser utilizada para prescrição de determinados fármacos sujeitos a maior controle.

A receita magistral consiste na indicação de preparação contendo as substâncias farmacêuticas a compor a fórmula, devendo ser descritas de forma detalhada, com especificação de formulação segundo quantidades definidas de acordo com a prescrição odontológica, apresentada em embalagem especificamente confeccionada.

Em se tratando de receita de controle especial, de notificação de receita e de receita magistral, é necessário que o Cirurgião-dentista faça uma receita simples para entrega ao paciente, uma vez reter a farmácia uma via e serem tais receitas de estrutura de difícil entendimento ao leigo.

Em regra, as partes que compõem uma prescrição correspondem a:

**Cabeçalho:** de forma impresso, devendo incluir o nome completo e endereço comercial do Cirurgião-dentista ou do estabelecimento de saúde ou instituição onde trabalha (consultório, clínica ou hospital), número de inscrição do profissional no Sistema CFO-CRO e, se aplicável, o número do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica. Pode ainda conter a(s) Especialidade(s) Odontológica(s) devidamente registrada(s) pelo Cirurgião-dentista junto ao CRO de sua jurisdição. A forma de contato é recomendável (telefone comercial e/ou pessoal, e endereço eletrônico).

**Superinscrição:** parte que deve conter o nome completo do paciente, seu endereço (este dado é necessário, por previsão legal ainda vigente), podendo ainda constar a idade e o contato telefônico do paciente. Em seguida, deve-se expor a via de emprego ou administração do medicamento, se enteral ou parenteral, por meio das expressões "Uso interno" ou "Uso externo", conforme o caso.

**Inscrição:** corresponde à indicação do nome do fármaco/princípio ativo/nome genérico, a forma de apresentação farmacêutica e sua concentração.

**Subinscrição:** indica a quantidade total do medicamento a ser fornecida, a ser expressa em algarismos arábicos (escritos por extenso, entre parênteses), de acordo com a dose e a duração do tratamento.

**Adscrição:** é composta pelas orientações do Cirurgião-dentista dirigidas ao paciente, com especificação da dose recomendada, intervalo entre estas doses e a duração do tratamento.

**Data: dia, mês e ano.**

**Assinatura do profissional:** seguida do nome completo e o número de inscrição no respectivo Conselho Fiscalizador da profissão (Odontologia, Medicina ou Medicina Veterinária), bem como marcação gráfica (carimbo).

**Facultativos:** alguns outros dados do paciente podem ser colocados na prescrição, segundo discernimento profissional e necessidade do caso clínico, como: peso, altura e dosagens específicas.

O verso do receituário pode ser utilizado tanto para dar continuidade à prescrição como para registrar orientações complementares de repouso, alimentação ou dieta, riscos de reações adversas e outras informações relativas ao caso e ao tratamento.

## J) ENCAMINHAMENTOS E PARECERES

Orientações:

O encaminhamento é um documento em que o Cirurgião-dentista que avaliou ou que assiste o paciente pede um parecer de outro profissional ou o indica para avaliação e medidas pertinentes a áreas especiais ou a que não se dedica aquele que encaminha.

Importante registrar que, ao solicitar parecer ou encaminhar, o Cirurgião-dentista assistente deve indicar todas as informações técnicas detalhadas e de

relevância para a precisa análise do caso e posicionamento pelo profissional encaminhado.

Por fim, para evitar interpretações equivocadas de aliciamento de pacientes, deve ser registrado de forma clara no documento a intenção de retorno (somente avaliação) ou não retorno (avaliação e conduta) do paciente após o atendimento ou tratamento.

Também, como documento emitido em favor do paciente, recomenda-se que o Cirurgião-dentista guarde sua via para eventual necessidade de demonstrar o conteúdo do referido documento e a diligência que este encerra.

## **K) RECIBOS DE ENTREGA DE DOCUMENTOS E PROTOCOLO DE ENTREGA**

Orientações:

A produção de recibos de entrega de documentos pelo Cirurgião-dentista ao paciente ou ao Responsável/Representante Legal, incluindo exames complementares e cópia de prontuário, deve ser devidamente registrada em documento hábil, ou seja, por meio de documento próprio com detalhamento das peças repassadas, bem como em descrição sobre serem originais ou cópias as versões entregues.

Recomenda-se que sejam feitas cópias quando se tratar de entrega de documentos originais, para permanecerem arquivadas pelo profissional ou na clínica/ estabelecimento, como documento de resguardo jurídico e memória técnica.

## **L) AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGENS E VOZ**

Orientações:

É imperioso que o profissional ou o estabelecimento de saúde se atenha aos preceitos éticos e legais vigentes indicativos de respeito às prerrogativas

de autonomia, individualidade, liberdade, honra, imagem, identidade, intimidade, privacidade e direitos de personalidade, sejam tais preceitos relativos à ética odontológica sejam estes previstos em legislação aplicável (a exemplo da Lei de N° 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais / LGPD).

Deve sempre ser registrada a ciência e obtida a autorização pelo paciente para o uso de dados do seu Prontuário, de suas imagens, áudios ou vídeos, relativos ao tratamento odontológico a que se submete com o Cirurgião-dentista/estabelecimento/EPAO, com descrição detalhada dos fins a que servirão ou da forma como serão utilizados, observando também as normas do CFO vigentes.

Importa evidenciar que o paciente ou seu Responsável Legal tem a prerrogativa de, a qualquer tempo e independente de motivação, revogar esta anuência/autorização relativa aos seus dados pessoais.

## **VII- SISTEMA DE REGISTRO ELETRÔNICO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E DIGITALIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO FÍSICO**

Regulamentado pela Lei de n° 13.787, de 27 de dezembro de 2018, que dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio do Prontuário do Paciente, o prontuário digital pode ser usado pelo Cirurgião-dentista, desde que sejam respeitadas as normas vigentes.

A utilização de sistemas informatizados (Registros Eletrônicos de Saúde) e a digitalização do prontuário físico para a guarda, o armazenamento e o manuseio de Prontuário de Paciente devem respeitar também o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei de N° 13.709, de 14 de agosto de 2018).

O processo de digitalização de Prontuário de Paciente deverá ser realizado de forma a assegurar a integridade, a autenticidade e a confidencialidade do documento digital. Os métodos de digitalização devem reproduzir, de forma fidedigna, todas as informações contidas nos documentos originais, assim como deverá ser utilizado certificado digital em padrão legalmente aceito e emitido por sistema e entidade regulares e credenciados.

Os documentos originais poderão ser destruídos após a sua digitalização, se observados os requisitos descritos no parágrafo anterior e após análise obrigatória de comissão permanente de revisão de prontuários e avaliação de documentos da instituição, especificamente criada para essa finalidade, quando se tratar de empresa de médio ou grande porte.

Os meios de armazenamento de documentos digitais deverão protegê-los do acesso, do uso, da alteração, da reprodução e da destruição não autorizados.

Os documentos oriundos da digitalização de Prontuários de Pacientes deverão ser controlados por meio de sistema especializado de gerenciamento eletrônico de documentos, cujas características e requisitos serão especificados em regulamento de cada unidade de saúde ou definidos por Cirurgião-dentista no contexto de sua prática profissional.

O documento digitalizado em conformidade com as normas estabelecidas em lei e nos respectivos regulamentos terá o mesmo valor probatório do documento original para todos os fins de direito, desde que confirmadas a regularidade do processo de digitalização e a autenticidade do mesmo.

Decorrido o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro, os prontuários em suporte de papel e os digitalizados poderão ser, em regra, eliminados, conforme previsto em Lei Federal de nº 13.787/18. No entanto, existem outras normas e orientações que estabelecem tempos diferentes. Em virtude disso, o procedimento mais seguro frente à documentação é a guarda do Prontuário do Paciente ao longo de toda a vida do profissional, ou seja, por tempo indeterminado,

haja vista as diferentes determinações e possibilidades de uso dos dados de um Prontuário do Paciente, em necessidade específica variada. Uma relevante aplicação social, por exemplo, sem possibilidade de previsão de tempo, é para a identificação humana.

Prazos diferenciados para a guarda de Prontuário de Paciente, em papel ou digitalizado, poderão ser fixados em regulamento, de acordo com o potencial de uso em estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais, bem como para fins legais e probatórios.

Alternativamente à eliminação, o prontuário poderá ser devolvido ao paciente, recomendando-se que se faça mediante recibo de entrega, com o devido registro de quais documentos foram repassados ao titular ou ao representante legal, assim como recomenda-se que o profissional obviamente mantenha arquivo dos documentos entregues, ainda que em meio digital.

Uma nota importante é que nem sempre é possível atender a todos os requisitos exigidos em lei para uma documentação digital conforme previsão legal exigida como padrão de segurança jurídica.

A transformação digital na saúde está cada vez mais presente em consultórios, clínicas e outros serviços de saúde e, quando se trata de registros de informações do paciente, representa uma transição definitiva de modelos tradicionais em papel para um ambiente de registros, armazenamento e gestão eletrônica de dados e informações. Essa transformação passa pela incorporação de inovações tecnológicas na assistência e promoção à saúde originada por demandas de profissionais, gestores, pacientes/ usuários, instituições públicas e privadas em busca de vários benefícios para profissionais e usuários. Algumas dessas inovações são o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), a Prescrição Eletrônica e a Emissão de Atestados Eletrônicos.

Embora na prática muitas pessoas usem como sinônimos, existem diferenças. Cabe enfatizar que o Prontuário

Eletrônico não é necessariamente o mesmo que Prontuário Digital (informatizado), na medida em que o primeiro é regulamentado por autoridade certificadora com objetivo de garantir níveis de segurança da informação (privacidade e sigilo profissional, ou seja, não repúdio, integridade, autenticidade e confidencialidade), sendo mais conhecido como Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES) e o segundo é um registro que pode não possuir certificação estabelecida em norma podendo permitir ou não livre acesso de usuários sem necessariamente manter os níveis de segurança e autoridade certificadora.

E o Prontuário Digitalizado é uma versão do prontuário impresso que passou por um processo de digitalização dos documentos, com scanner ou aplicativos com o esse objetivo, para fins de armazenamento em suporte digital, o que não o torna, dessa forma, um Prontuário Eletrônico ou Digital.

## **VIII- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Prontuário do Paciente é, pois, uma ferramenta fundamental para a demonstração da diligente atuação do Cirurgião-dentista, tanto em benefício do paciente como do próprio estabelecimento, profissional assistente e equipe de trabalho.

Não deve ser preterido, por sua demonstrada relevância, sob os pontos de vista clínico, administrativo, ético, legal e social.

Por ser o Prontuário do Paciente um documento de múltiplas funções, bem como uma questão precípua de dever ético, ressalta-se que o profissional deve se ater a uma adequada elaboração, preciso preenchimento e constante atualização.

É importante observar partes e conteúdos de forma a possibilitar uma coleta de dados completa, precisa e que corresponda à real condição de saúde do paciente, para a iden-

tificação de suas necessidades de atenção, assim como haver registros para o devido acompanhamento futuro.

Os modelos ora propostos de Prontuário do Paciente e seus anexos podem ser adotados, em parte ou na íntegra, pelos Cirurgiões-dentistas e Entidades Prestadoras de Assistência Odontológica (EPAO - Clínicas), não constituindo erro, falha documental, infração ética ou à norma legal vigente a utilização de outros modelos e/ou meios de registro de dados, desde que haja o cumprimento das obrigações profissionais éticas e legais.

Especificamente em relação ao consentimento livre e esclarecido e ao pacto de prestação de serviços profissionais, estes podem ser realizados de forma verbal, não havendo nenhuma vedação ética ou legal a esta forma de esclarecimento e de pactuação, perdendo-se, entretanto, em possibilidade de demonstração, comprovação, e, portanto, em segurança jurídica.

No entanto, a recomendação aqui passada é para que a Documentação Odontológica, em suas diferentes peças, seja sempre de forma expressa registrada (escrita ou impressa) e arquivada, por ser medida mais protetiva para o profissional.

Por fim, os jurisdicionados devem ter especial atenção ao cumprimento dos aspectos de sigilo, privacidade, confidencialidade e segurança no tratamento dos dados pessoais de seus pacientes, em cumprimento das normas éticas e legais vigentes.

A prática profissional respeitosa e respeitável, em cuidado técnico e ético, segundo preceitos morais e legais, passa pelo zelo de registros, anotações e recomendações de forma clara, inteligível ao leigo e expressas por meio de documentos hábeis. É o que se vislumbra do Profissional da Saúde em sua prática a serviço da sociedade e que o presente exercício e proposição busca contribuir.

## **IX- REFERÊNCIAS NORMATIVAS**

BRASIL. Decreto-lei de Nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal Brasileiro.

BRASIL. Lei de Nº 4.324, de 14 de abril de 1964 - Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia e dá outras providências.

BRASIL. Decreto de Nº 68.704, de 03 de junho de 1971 - Regula a Lei de nº 4.324, de 14 de abril de 1964.

BRASIL. Lei de Nº 5.081, de 24 de agosto de 1966 - Regula o Exercício da Odontologia.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei de Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

BRASIL. Lei de Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.

BRASIL. Lei de Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Institui o Código Civil.

BRASIL. Lei de Nº 10.741, de 01 de outubro de 2003 - Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências.

BRASIL. Lei de Nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 - Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente.

BRASIL. Lei de Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO de Nº 118, de 11 de maio de 2012 - Código de Ética Odontológica.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO Nº 91, de 20 de agosto de 2009 - Aprova as normas técnicas

concernentes à digitalização, uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, quanto aos Requisitos de Segurança em Documentos Eletrônicos em Saúde.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução Nº 2.056, de 12 de novembro de 2013

Trata da organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Cartilha sobre prontuário eletrônico - a certificação de sistemas de registro eletrônico de saúde. 2012. Disponível em: <[https://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha\\_SBIS\\_CFM\\_Prontuario\\_Eletronico\\_fev\\_2012.pdf](https://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf)>. Acessada em 18/11/2024.

BRASIL. Lei de Nº 6.710, de 05 de novembro de 1979 - Dispõe sobre a profissão de Técnico em Prótese Dentária e determina outras providências.

BRASIL. Decreto de Nº 87.689, de 11 de outubro de 1982 - Regulamenta a Lei nº 6.710, de 05 de novembro de 1979, que dispõe sobre a profissão de Técnico em Prótese Dentária e determina outras providências.

BRASIL. Lei de Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008 - Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

## X- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS JÚNIOR, Edmilson de Almeida. Direito Médico: abordagem constitucional da responsabilidade médica. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

CAVALIERI FILHO, Sergio. Programa de Responsabilidade Civil. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Prontuário Odontológico: uma orientação para cumprimento da exigência contida no inciso VI do artigo 4º do Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Prontuário Odontológico. Rio de Janeiro: CFO, 2004. Disponível em <<http://www.cfo.org.br>>. [2024 Ago 28].

DARUGE, Eduardo; DARUGE JÚNIOR, Eduardo; FRANCESQUINI JÚNIOR, Luiz. Tratado de Odontologia Legal e Deontologia. São Paulo: Santos, 2016.

FRANÇA, Genival Veloso de. Direito Médico. 11.ed. revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa&RICARTE, Ivan Luiz Marques. Prontuário do paciente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell (coordenadora). Da Responsabilidade Civil e Ética do Cirurgião- dentista: uma nova visão. Curitiba: Juruá, 2009.

GIOSTRI, Hildegard Taggesell. Responsabilidade Médica - As obrigações de meio e de resultado: avaliação, uso e adequação. Pensamento Jurídico - Vol. V. 1.ed. (ano 2001) 5ª reimpressão. Curitiba: Juruá, 2009.

JAROSKI-GRAF, Jill. Dental Charting: a standard approach. Canada: Delmar / Thomson Learning, 2000.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade Civil dos Hospitais. 5.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2022.

KFOURI NETO, Miguel. Responsabilidade Civil do Médico. 12.ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2024.

MELO, Nehemias Domingos de. Responsabilidade Civil por Erro Médico: doutrina e jurisprudência. 2.ed. revista, atualizada e aumentada. São Paulo: Atlas, 2013.

MOREIRA, Robson Paredes & FREITAS, Ana Zuli Vidal Moreira de. Dicionário de Odontologia Legal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

NIGRE, André Luis. O Atuar Médico: direitos e obrigações. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.

NIGRE, André Luis. O Atuar do Cirurgião-dentista: direitos e obrigações. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

NIGRE, André Luis. A odontologia à luz do direito. Rio de Janeiro: Editora Rubio. 2012.

NIGRE, André Luís & TEIXEIRA DE ALMEIDA, Álvaro Henrique. Direito e Medicina: um estudo interdisciplinar. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2007.

OLIVEIRA, Marcelo Leal de Lima. Responsabilidade Civil Odontológica. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

SATO, Fábio Ricardo Loureiro. Orientação Profissional em Odontologia: aspectos de administração, marketing e legislação para o cirurgião-dentista. São Paulo: Santos/Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

SILVA, Moacyr da (coordenador). Compêndio de Odontologia Legal. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997.

SILVA, Moacyr da; ZIMMERMANN, Rogério Dubosselard; DE PAULA, Fernando Jorge. Deontologia Odontológica: ética e legislação. São Paulo: Santos, 2011.



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



ANEXO 1  
**PRONTUÁRIO DO PACIENTE  
EM ODONTOLOGIA**  
(FICHA CLÍNICA, PLANO DE  
TRATAMENTO E EVOLUÇÃO  
E INTERCORRÊNCIAS)

# INSERIR IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (Endereço, e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

## PRONTUÁRIO DO PACIENTE FICHA CLÍNICA

Identificação do Profissional ou da Empresa Prestadora  
de Assistência Odontológica

### Para pessoa física:

\*Nome do Profissional  
\*Designação da Profissão (Cirurgião-\*dentista)  
\*Número de Inscrição no CRO-UF  
\*Endereço comercial

### Para pessoa jurídica:

\*Nome Fantasia ou Razão Social  
\*Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)  
\*Número de Inscrição da EPAO no CRO-UF  
\*Nome do Profissional Responsável Técnico  
\*Designação da Profissão (Cirurgião-dentista)  
\*Número de Inscrição do RT no CRO-UF  
\*Endereço comercial

### *Apontamento de ATENÇÃO:*

*Parte destinada ao registro de alerta, como alergias, prioridade por lei, necessidades especiais, risco de queda, dentre outros. Registrar graficamente ou por meio de etiqueta EM COR VERMELHA.*

### Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Endereço comercial: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
WhatsApp: \_\_\_\_\_ Mídia social: \_\_\_\_\_  
Indicação a este profissional/clínica por: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_ Nº de cadastro: \_\_\_\_\_

Contato de Emergência: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_  
Cirurgião-dentista responsável pelo tratamento anterior: \_\_\_\_\_  
Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_  
Data/período de atendimento: \_\_\_\_\_

### Identificação do responsável ou representante legal:

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Endereço comercial: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
WhatsApp: \_\_\_\_\_ Mídia social: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE:

QUEIXA PRINCIPAL: Qual o motivo de sua busca por tratamento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA DA DOENÇA/MOLÉSTIA ATUAL: Descrição técnica.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA PREGRESSA MÉDICA: Relato de atendimentos e tratamentos médicos anteriores.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA PREGRESSA ODONTOLÓGICA: Relato de atendimentos e tratamentos odontológicos anteriores.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA FAMILIAR: Informações sobre a saúde da pessoa e/ou de parentes/familiares.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL: Informações sobre o estilo de vida e hábitos do paciente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE SAÚDE:

### Sobre aparelho digestório:

- Tem frequentemente ferida na boca, azia, gastrite ou úlcera gástrica? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Já teve diagnosticada a presença de *Helicobacter Pylori*? ( ) Não ( ) Sim  
- Tem refluxo? ( ) Não ( ) Sim  
- Tem afta ou lesões na boca com frequência? ( ) Não ( ) Sim  
- Toma algum medicamento para problema gastrointestinal? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

### Sobre condição hepática:

- Tem alguma disfunção hepática? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  
- Toma algum medicamento para esta condição? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

### Sobre condição cardiovascular:

- Sua pressão arterial é alta ou baixa? ( ) Não ( ) Sim  
- Toma algum medicamento para controle de pressão arterial? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  
- Possui arritmia cardíaca? ( ) Não ( ) Sim  
- Toma algum medicamento para controle de arritmia cardíaca? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  
- Possui marca-passos, stent ou alguma prótese cardíaca? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  
- Toma medicamento anticoagulante? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_  
- Tem prolapso de válvula cardíaca? ( ) Não ( ) Sim  
- Teve endocardite bacteriana? ( ) Não ( ) Sim

### Sobre condição respiratória:

- Sente falta de ar com frequência? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is) circunstância(s)? \_\_\_\_\_  
- Tem asma ou bronquite já diagnosticada? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
- Tem ou teve tuberculose? ( ) Não ( ) Sim Está sob medicação? \_\_\_\_\_  
- Toma algum medicamento para problema respiratório? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

### Sobre aparelho genitourinário:

- Tem insuficiência renal? ( ) Não ( ) Sim  
- Faz tratamento de hemodiálise? ( ) Não ( ) Sim Frequência: \_\_\_\_\_  
- Toma algum medicamento para problema renal? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

### Sobre condição motora:

- Usa órtese ou prótese óssea ou articular? ( ) Não ( ) Sim  
Qual órtese? \_\_\_\_\_  
Qual prótese e em que região do corpo? \_\_\_\_\_  
- Tem alguma doença reumática? ( ) Não ( ) Sim  
Qual? \_\_\_\_\_

- Apresenta osteopenia ou osteoporose? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_
- Toma algum medicamento para tratamento de uma ou mais das condições acima?  
( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Sobre doenças infectocontagiosas/IST:
- Tem alguma doença infectocontagiosa? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Tem alguma infecção sexualmente transmissível? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Toma algum medicamento para alguma destas doenças? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre condição endócrina e metabólica:

- Tem diabetes? ( ) Não ( ) Sim
- Possui hipo ou hipertireoidismo? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_
- Toma algum medicamento para alguma destas doenças? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre reação alérgica:

- Tem alguma alergia? ( ) Não ( ) Sim
- A que? ( ) Medicamento ( ) Alimentos ( ) Anestésico ( )
- Outros: \_\_\_\_\_
- Já fez teste alérgico? ( ) Não ( ) Sim
- Já teve alguma reação alérgica com anestesia aplicada? ( ) Não ( ) Sim
- Descreva o ocorrido: \_\_\_\_\_
- Em que tratamento e quando? \_\_\_\_\_

Sobre resposta do organismo às lesões de tecidos :

- Costuma sangrar por longo tempo quando se corta? ( ) Não ( ) Sim
- Tempo (estimado em minutos): \_\_\_\_\_
- Como se dá sua cicatrização? \_\_\_\_\_

Sobre procedimentos cirúrgicos em geral:

- Já se submeteu a alguma cirurgia? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Motivo? \_\_\_\_\_
- Houve alguma intercorrência? \_\_\_\_\_

Sobre métodos contraceptivos e gestação:

- Faz uso de medicamento anticoncepcional? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Está grávida? ( ) Não ( ) Sim Tempo (em semanas): \_\_\_\_\_
- Está em fase de lactação? ( ) Não ( ) Sim
- Houve intercorrência na atual gestação? ( ) Não ( ) Sim
- Houve intercorrência em gestação anterior? ( ) Não ( ) Sim
- Faz uso de algum medicamento em razão da gestação? ( ) Não ( ) Sim  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Motivo? \_\_\_\_\_

Sobre neoplasias:

- Já teve algum diagnóstico de neoplasia? ( ) Não ( ) Sim ( ) Benigna ( ) Maligna  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
- Qual o tratamento a que se submeteu ou está em andamento? \_\_\_\_\_
- Qual a situação atual de controle? \_\_\_\_\_

Sobre problemas psicológicos / psiquiátricos:

- Está ou esteve em tratamento? ( ) Não ( ) Sim

Motivo e/ou diagnóstico: \_\_\_\_\_

Descriversintomas e tratamento: \_\_\_\_\_

- Faz uso de algum medicamento em razão da condição? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sobre doenças, síndromes ou medicamentos não especificados acima:

- Tem ou teve alguma doença ou síndrome? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Está se submetendo a algum tratamento para saúde? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Está tomando algum medicamento para esta condição? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre condições de pessoa com deficiência:

- Apresenta alguma deficiência nos termos da Lei 13.146, de 06 de julho de 2015?

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Está em tratamento ou acompanhamento profissional? ( ) Não ( ) Sim

Sobre hábitos ou costumes:

- Tem algum hábito ou costume dentre os abaixo elencados?

( ) Fumo -Tipo e frequência: \_\_\_\_\_

( ) Álcool - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Droga ilícita - Frequência: \_\_\_\_\_

Outras observações importantes: \_\_\_\_\_

- Nome do(s) Médico(s) Assistente(s):

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

## INVENTÁRIO ODONTOLÓGICO:

- Quando foi seu último tratamento odontológico?

- Houve alguma intercorrência? ( ) Não ( ) Sim

Qual?

Descrever a experiência: \_\_\_\_\_

- Escova os dentes todos os dias? ( ) Não ( ) Sim ( ) Nem sempre

Quantas vezes por dia:

- Tipo de escovade dente usada? ( ) Cerdas duras ( ) Cerdas médias ( ) Cerdas macias

Frequência com que troca de escova de dente? \_\_\_\_\_

- Com que frequência usa fio ou fita dental?

( ) Não uso ( ) Diariamente ( ) Após as refeições ( ) Às vezes

- Outras formas de higienização:

( ) Passa-fio ( ) Escova interdental ( ) Unitufo ( ) Bitufo ( ) Escova elétrica

( ) Aparelho de hidrojateamento

- Usa creme dental? ( ) Não ( ) Sim ( ) Com flúor ( ) Sem flúor

- Faz uso de enxaguatório bucal (colutório)? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Faz uso de flúor? ( ) Não ( ) Sim ( ) Aplicação direta ( ) Bochecho

Indicação:

Frequência: \_\_\_\_\_

- Sente alguma dor em dente ou na gengiva? ( ) Não ( ) Sim

Descrever dente ou região:

Natureza da dor: ( ) Espontânea ( ) Provocada \_\_\_\_\_

Fator desencadeador: \_\_\_\_\_

- Apresenta sangramento na gengiva?

( ) Não ( ) Ao escovar ( ) Ao usar fio dental ( ) Espontâneo

Descrever dente ou região: \_\_\_\_\_

- Sente seus dentes moles? ( ) Não ( ) Sim

Descrever dente ou região: \_\_\_\_\_

- Sente ou lhe disseram sobre ter mau hálito? ( ) Não ( ) Sim

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Sente gosto ruim na boca ou xerostomia (boca seca)? ( ) Não ( ) Sim

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Já se submeteu a tratamento periodontal? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Quando: \_\_\_\_\_

- Tem dificuldade ou limitação ao abrir a boca? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

- Sente dor ao abrir ou ao movimentar lateralmente a boca?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

Descrever região: \_\_\_\_\_

- Ouve barulho (estalido/crepitação) no ouvido ao abrir a boca?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

- Sente dor na maxila, na mandíbula, na face, no ouvido, na cabeça, na nuca ou no pescoço?  
Em que região?

Frequência: \_\_\_\_\_

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Apresenta:

( ) Sensibilidade ou dor com alimento: ( ) Quente ( ) Frio

( ) Sensibilidade ao ingerir alimento doce

Dente ou região: \_\_\_\_\_

- Apresenta alguma alteração na língua ou no palato? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

Descrever: \_\_\_\_\_

- Já teve alguma ferida ou bolha na face ou nos lábios? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer  
Em que região? \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Acorda com sensação de cansaço ou dor na face ou na ATM?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

- Aperta ou range os dentes? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer ( ) Durante o dia ( ) Pela noite

- Hábitos:

( ) Respirar pela boca

( ) Sucção: ( ) Dedos ( ) Chupeta ( ) Chá ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) Onicofagia (roer unha) - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Uso de palito - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Goma de mascar - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Morder: ( ) Lápis ( ) Caneta ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) Fumar: ( ) Cigarro ( ) Cigarro de palha ( ) Charuto ( ) Cachimbo ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) Ingestão de bebida alcoólica - Frequência: \_\_\_\_\_

- Dieta:

( ) Doces: ( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Bebidas: ( ) Café ( ) Chá ( ) Suco com corantes ( ) Achocolatado ( ) Refrigerantes

( ) Ingerir alimentos e/ou bebidas entre as refeições

- Já se submeteu a tratamento endodôntico?

Dente(s): \_\_\_\_\_

- Faz uso de prótese dentária? ( ) Não ( ) Sim

Tipo e dentes envolvidos: \_\_\_\_\_

- Já se submeteu a alguma cirurgia bucal ou facial? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Motivo? \_\_\_\_\_

Houve alguma intercorrência? \_\_\_\_\_

- Há alguma informação que queira acrescentar? ( ) Não ( ) Sim

Descrição: \_\_\_\_\_

Declaro ter entendido as perguntas que me foram feitas, tendo eu compreendido a sua importância para o correto diagnóstico, planejamento, execução do tratamento e acompanhamento, atestando serem verdadeiras as respostas por mim fornecidas. Atesto não ter omitido, não ter me esquecido e nem faltado com a verdade ao responder a todas as perguntas. Declaro, por fim, que minhas dúvidas foram explicadas pelo Cirurgião-dentista e/ou sua Equipe, com linguagem não técnica, clara e por mim compreendida.

Local e data.

Assinatura do Paciente e/ou seu Responsável Legal

### EXAME FÍSICO:

GERAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_ (BPM) Pressão arterial: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (mm/Hg)

Alteração ganglionar: \_\_\_\_\_

Cadeia: \_\_\_\_\_ Natureza: \_\_\_\_\_

LOCO-REGIONAL:

EXTRAORAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTRAORAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## EXAME DENTAL - ODONTOGRAMA DESCRITIVO

<b>ARCADA SUPERIOR</b>	18	_____	<b>ARCADA INFERIOR</b>	38	_____
	17	_____		37	_____
	16	_____		36	_____
	15 (55)	_____		35 (75)	_____
	14 (54)	_____		34 (74)	_____
	13 (53)	_____		33 (73)	_____
	12 (52)	_____		32 (72)	_____
	11 (51)	_____		31 (71)	_____
	21 (61)	_____		41 (81)	_____
	22 (62)	_____		42 (82)	_____
	23 (63)	_____		43 (83)	_____
	24 (64)	_____		44 (84)	_____
	25 (65)	_____		45 (85)	_____
	26	_____		46	_____
	27	_____		47	_____
	28	_____		48	_____

## ODONTOGRAMA ANATÔMICO DA CONDIÇÃO INICIAL

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

## ODONTOGRAMA ANATÔMICO COM TRATAMENTO EXECUTADO

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

### PLANO DE TRATAMENTO

#### PLANOS DE TRATAMENTOS E ORÇAMENTO

Opção 1:

---



---



---

Opção 2:

---



---



---

Opção 3:

---



---



---

Declaro que o Cirurgião-dentista / Equipe / Clínica / Estabelecimento de Saúde \_\_\_\_\_ esclareceu-me adequadamente sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, bem como sobre o fato de que o alcance dos objetivos esperados dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada e de minha participação e cooperação nos cuidados pessoais e na observação fiel das prescrições, encaminhamentos, solicitações de exames auxiliares, no comparecimento regular às consultas e no seguimento das demais orientações e recomendações feitas pelo Profissional e/ou sua Equipe.

Declaro, ainda, que estou ciente de que eventuais ausências às consultas, mesmo que justificadas, e o não atendimento das orientações profissionais poderão prejudicar o alcance dos objetivos pretendidos com o tratamento, uma vez que a Odontologia não é uma ciência exata, sofrendo limitações e variações para cada paciente e tipo de procedimento e materiais utilizados. Informo que estou ciente de que, no curso do tratamento, dependendo da resposta biológica individual do meu organismo ou da situação clínica evidenciada, poderá haver a necessidade de alteração do Plano de Tratamento, da técnica a ser empregada e, conseqüentemente, do valor do tratamento, situação em que serei informado, para minha concordância ou não. Por fim, aceito e autorizo a execução do tratamento, na Opção \_\_\_\_\_ por mim escolhida, de forma esclarecida e livre, bem como manifesto ciência e anuência relativas aos valores de honorários apresentados.

**Obs.: APÓS A ESCOLHA DO PLANO DE TRAMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL, PASSA A SER INDICADA A ELABORAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESPECÍFICO E DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS. (Apagar esta observação no uso do modelo)**

Local e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente  
e/ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo  
do Cirurgião-dentista





CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 2

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

## CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos, de um lado, como Contratante:

### PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

Este por seu(sua): \_\_\_\_\_

### RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E, de outro lado, como Contratado:

### CIRURGIÃO-DENTISTA

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CRO-UF: \_\_\_\_\_  
Endereço profissional: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

OU

E, de outro lado, como Contratada:

### CLÍNICA

Razão Social / Nome Fantasia: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_ CRO-UF(EPAO): \_\_\_\_\_  
Endereço/Sede: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

têm entre si, justas e contratadas, na melhor forma do direito, as seguintes cláusulas e condições:

houver requerimento do paciente ou por intercorrências que inviabilizem sua execução, sendo necessário que as partes deliberem, formalmente, sobre os novos procedimentos e valores ajustados, bem como sobre a forma de pagamento ou devolução da eventual diferença.

Parágrafo 2º - Os pagamentos vencidos e efetuados fora dos prazos previstos, estarão sujeitos a atualização monetária, a multa de 2% (dois por cento) e a juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

## Cláusula Primeira - Do Objeto

O presente contrato destina-se à prestação de serviços odontológicos, pelo Cirurgião-dentista e sua Equipe / pela Clínica Odontológica ao paciente acima registrado, no endereço profissional grafado ou em outro local profissional indicado, desde que previamente notificado o paciente, de acordo com o Plano de Tratamento proposto, discutido e aprovado, em escolha autônoma e esclarecida pelo paciente, dentre as alternativas aplicáveis ao seu caso clínico, como documento constante do Prontuário do Paciente, que passa a fazer parte do presente contrato como anexo seu, ou que abaixo segue descrito em seus procedimentos detalhados:

## Cláusula Segunda - Do Valor e Da Forma de Pagamento dos Honorários

O valor total contratado, incluídos honorários profissionais e materiais, relativos aos serviços odontológicos a serem prestados é de R\$( \_\_\_\_\_ ), na forma da previsão inicial descritiva previamente aprovada e seu pagamento deverá ser realizado conforme abaixo:

(Descrever a forma de pagamento pactuada: se em parcela única ou em quantas parcelas, com indicação de datas de adimplemento e respectivos valores; se por meio de boleto, depósito bancário, PIX ou cartão de crédito ou débito)

Data	Valor	Data	Valor

Parágrafo 1º - O valor dos honorários acima registrado poderá sofrer alteração, caso seja necessário modificar o Plano de Tratamento inicialmente aprovado, diante da constatação de questões técnicas supervenientes, se

Parágrafo 3º - O inadimplemento das obrigações financeiras por parte do paciente contratante poderá implicar na rescisão do presente contrato, podendo ser cobradas as parcelas vencidas, relativas a procedimentos concluídos ou mesmo a etapas efetivamente realizadas, pelas vias administrativa ou judicial.

### **Cláusula Terceira - Do Prazo de Duração do Tratamento**

O prazo para conclusão do Plano de Tratamento é estimado em ( ) meses, podendo ser diminuído ou aumentado em até 50% (cinquenta por cento) do prazo,

de forma justificada pelo profissional assistente/pela Clínica Odontológica. O atraso na conclusão do tratamento sem justificativa plausível, poderá ensejar, a requerimento do paciente contratante, a interrupção do tratamento e a devolução dos valores porventura adiantados, referentes às etapas ou aos procedimentos não concluídos, não implicando, neste caso, em qualquer tipo aplicação de penalidade ao contratado/à contratada.

Parágrafo 1º - Eventual dilação do prazo para prestação dos serviços, sobre o que desde já estão cientes e anuentes as partes contratantes, pode ser decorrente de justificativas como: interferências biológicas em resposta individual do organismo do paciente, faltas/ausências ou não assiduidade pelo paciente, falta de cuidado ou não observação/seguinto de orientações/recomendações/prescrições profissionais pelo paciente, repetições de trabalhos protéticos não aprovados, dentre outras.

### **Cláusula Quarta - Das Garantias**

O paciente foi prévia e devidamente informado sobre propósitos, objetivos, alternativas aplicáveis, aspectos positivos, limitações, riscos e custos do tratamento eleito, bem como de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os objetivos es-

perados poderão não se concretizar na forma planejada, face a uma possível resposta biológica insatisfatória do paciente, por potencial interferência do fator relacionado à participação, à colaboração, ao compromisso e ao seguimento, pelo paciente, de orientações, recomendações e prescrições passadas pelo profissional, e mesmo pela própria limitação da ciência.

Parágrafo 1º - Ao profissional caberá a aplicação prudente e diligente de técnicas odontológicas consagradas, em uso de materiais regulares, de acordo com o caso clínico, conforme suas necessidades e procedimentos contratados, sem qualquer promessa de resultado ou fim específico.

Parágrafo 2º - Caso ocorra eventual vício ou defeito dentro do prazo de 90 (noventa) dias e confirmada a impropriedade técnica, o serviço/procedimento será refeito sem ônus adicionais para o paciente.

Parágrafo 3º - Se houver a intervenção de terceiro, profissional estranho ao presente pacto, em mesma região e/ou dente tratado pelo contratado/pela contratada, mesmo que dentro do prazo de 90 (noventa) dias, não se responsabilizará o contratado/a contratada nem arcará este/esta com eventual repetição de procedimento ou dano.

## **Cláusula Quinta - Das Obrigações do Contratado**

O Cirurgião-dentista contratado/A Clínica contratada se compromete a: assumir a responsabilidade pelos serviços prestados; zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; resguardar a privacidade do paciente; observar os deveres de confidencialidade e de sigilo; aplicar técnicas e recursos atuais e consagrados; utilizar materiais de qualidade e adequados à execução do Plano de Tratamento aprovado; executar todos os procedimentos contratados.

## **Cláusula Sexta - Das Obrigações do Contratante**

O paciente/Responsável Legal se compromete a: participar do tratamento com compromisso e cooperação; seguir rigorosamente as orientações/recomendações/prescrições passadas pelo Cirurgião-Dentista; comunicar, imediatamente, qualquer alteração/sinal/sintoma relacionado ao tratamento realizado; comparecer assídua e pontualmente às consultas marcadas; justificar eventual falta com antecedência mínima de \_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) horas.

Parágrafo 1º - O contratante reconhece a obrigação de comunicar qualquer mudança/ alteração ou intercorrência em seu estado de saúde/no estado de saúde do paciente sob sua responsabilidade, que possa interferir no tratamento odontológico pactuado.

Parágrafo 2º - As faltas não justificadas, conforme preceitua a Cláusula Sexta, poderão ser cobradas no valor correspondente a uma consulta.

## **Cláusula Sétima - Da Confidencialidade e Do Sigilo**

O Cirurgião-dentista contratado/A Clínica contratada se compromete a manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações e documentos relativos ao paciente, inclusive sobre seu histórico médico e odontológico, exceto quando for necessário divulgar a terceiros pertencentes a Equipe Multidisciplinar, em situações específicas de divulgação, com a devida autorização do contratante, ou por exigência administrativa, legal e judicial.

## **Cláusula Oitava - Da duração do Contrato**

O presente contrato tem duração pelo período necessário para a realização completa do tratamento, conforme especificado no Plano de Tratamento aprovado e eleito, desde que o paciente compareça às consultas previamente agendadas.

Paragrafo único - O paciente/Responsável Legal desde já se declara ciente de que faltas sucessivas ou o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à sua saúde/à saúde do paciente, inclusive com perda de procedimentos realizados, podendo ensejar repetição destes, com estipulação de novos honorários, ou mesmo com agravamento do estado inicial, não sendo necessária a tentativa de contato com o paciente pelo contratado/pela contratada para que o abandono fique caracterizado.

### **Cláusula Nona - Da Rescisão**

Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer das partes, sem a necessidade de justificativas específicas, cabendo, neste caso, cômputo ou cobrança dos valores relativos aos trabalhos/procedimentos realizados, mesmo que não totalmente concluídos, restando claro o direito de recebimento de honorários pelo contratado relativos a cada etapa efetivamente concluída.

Parágrafo 1º - Será caracterizado o abandono de tratamento pelo paciente quando este: faltar a 03 (três) consultas consecutivas, independentemente de justificativa; ou se ausentar por período superior a 30 (trinta) dias, independentemente de justificativa, salvo se por recomendação profissional ou de comum acordo com o profissional assistente.

Parágrafo 2º - Para os efeitos legais, será considerado rescindido o contrato por iniciativa do paciente se este incorrer em abandono do tratamento.

Parágrafo 3º - O contratado/A contratada poderá rescindir o contrato caso o contratante não cumpra com suas obrigações financeiras conforme pactuado ou caso o paciente não siga adequada e criteriosamente as orientações, recomendações e prescrições odontológicas que lhe forem passadas, comprometendo a eficácia e a segurança do tratamento.

## Cláusula Décima - Do Foro

Para dirimir quaisquer dúvidas sobre o presente contrato, fica eleito, preferencialmente, o foro da Cidade de \_\_\_\_, sede da parte contratada.

### Disposições finais

E por estarem de acordo com as condições acima descritas, assinam o presente contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Local e data.

---

Assinatura do Paciente/Responsável Legal  
Contratante

---

Assinatura do Cirurgião-dentista  
Contratado

---

Testemunha 1  
NOME:  
CPF/MF:

---

Testemunha 2  
NOME:  
CPF/MF:



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 3

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDODE (TCLE)**

**INSERIR IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
(Endereço, e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
RG de nº: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ .

**RESPONSÁVEL LEGAL:** \_\_\_\_\_  
RG de nº: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ .

**CLÍNICA:** \_\_\_\_\_ EPAO: \_\_\_\_\_  
**CIRURGIÃO-DENTISTA:** \_\_\_\_\_  
CRO- UF: \_\_\_\_\_ CPF/ CNPJ: \_\_\_\_\_ .

Declaro, de forma voluntária, livre e esclarecida, por meio deste Termo de Consentimento, que recebi todas as informações e explicações sobre o meu caso clínico e sobre a minha condição de saúde atual, de forma compreensível e com linguagem não técnica, em avaliação profissional geral e específica, reconhecendo terem sido a mim esclarecidas as principais alternativas indicadas para o meu tratamento, e as respectivas técnicas melhor adequadas para as minhas necessidades, na forma registrada abaixo, nos itens 1 a 9, bem como ter conversado com o Profissional Assistente sobre os aspectos importantes de cada uma destas possibilidades de tratamento, em explicações detalhadas sobre pontos positivos (benefícios e vantagens), pontos negativos (possíveis malefícios ou desvantagens), limitações, riscos específicos dos procedimentos, custos e etapas/passos de cada um dos procedimentos ofertados e, em reforço e retomada de orientações, sobre aqueles que foram de minha escolha informada e consciente.

Assumo o compromisso de comparecer às consultas/sessões agendadas, de buscar marcar os atendimentos de forma contínua, sem interrupções injustificadas, de seguir as recomendações/prescrições diversas, sejam estas passadas para antes ou para após atendimentos (pré e/ou pós-operatórias), de tomar os devidos cuidados com a higienização bucal e com a região tratada, a cada procedimento realizado, em atenção às

orientações que receber durante o tratamento e em cuidados preventivos após este.

Estou ciente de que deverei realizar exames auxiliares/complementares que me forem solicitados, no tempo indicado ou no menor prazo possível, reconhecendo serem estes fundamentais para o desenvolvimento do tratamento e o devido acompanhamento de minha saúde bucal.

Sei que não é possível ao Cirurgião-dentista se comprometer a um fim ou resultado específico com relação aos procedimentos de tratamento a que me submeterei, mas que serão aplicados por ele, com zelo e eficiência, conforme as técnicas conhecidas e aceitas para uma prática odontológica de acordo com a atual ciência consagrada. Nesse sentido, aponto que estou ciente de poder algum tratamento, portanto, não alcançar o objetivo esperado, bem como de que foi comigo discutido sobre poderem os tempos de cada procedimento/tratamento ou períodos de recuperação ser apenas estimados, não precisos, por haver interferência de fatores como a resposta individual de meu organismo e minha efetiva frequência e participação no tratamento.

Especificamente sobre o tratamento planejado, estou ciente:

1. Tratamento proposto e técnica(s) escolhida(s):

---

---

---

2. Objetivos esperados com o tratamento e prazo estimado:

---

---

---

3. Aspectos positivos:

---

---

---

4. Riscos e complicações inerentes aos procedimentos, possíveis reações adversas ou aspectos negativos:

---

---

---

5. Eventuais possíveis outros tratamentos em caso de insucesso ou de complicações do tratamento proposto:

---

---

---

6. Riscos e consequências em caso de não realização do tratamento proposto por decisão do paciente:

---

---

---

7. Limitações do caso clínico e/ou de técnicas propostas:

---

---

---

8. Conduta a ser adotada em caso de eventual insucesso do tratamento:

---

---

---

## 9. Apontamento específico relevante:

---

---

---

DECLARO ter recebido do Profissional Assistente e/ou de sua Equipe todas as informações claras, precisas e compreensíveis sobre o tratamento pelo qual optei, detalhadas nos itens 1 a 9, e reconheço que todas as dúvidas que manifestei foram esclarecidas. Estou ciente de que a resposta do meu organismo é individual e não totalmente previsível, assim como de que os eventuais riscos e intercorrências acima descritos são possíveis de ocorrer durante o tratamento. DOU, portanto, MEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para a realização do tratamento, e comprometo-me a seguir rigorosamente as orientações relativas à minha participação, em especial, com relação às instruções de higienização, de alimentação, de limitação de hábitos e de atenção aos cuidados durante o tratamento, para que os objetivos planejados possam ser buscados e alcançados.

Local e data.

\_\_\_\_\_  
Paciente/Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Cirurgião-dentista

Obs.: RECOMENDA-SE QUE, NOS CASOS DE PROCEDIMENTOS DE MAIOR COMPLEXIDADE, RISCO DE SEQUELAS E EM TRATAMENTO DE ALTO CUSTO, SEJA REGISTRADA EM ÁUDIO E VÍDEO (FILMADA) A CONSULTA DE ESCLARECIMENTO E ASSINATURA DE CONSENTIMENTO, PARA MAIOR FIDEDIGNIDADE EM UMA EVENTUAL NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO.

**(Apagar esta observação no uso do modelo)**



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 4

## **REGISTRO DE EXAMES COMPLEMENTARES**

**INSERIR IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**  
(Endereço, e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

**REGISTRO DE EXAMES COMPLEMENTARES**  
(solicitados/entregues)

<b>Data</b>	<b>Exame</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Observação</b>

Obs.: RECOMENDA-SE O REGISTRO DOS EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS E DE EVENTUAL ENTREGA DESTES AO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL EM DOCUMENTO PRÓPRIO, COMO ESTE MODELO SUGERIDO, OU NO ITEM EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS DA FICHA CLÍNICA. COLHER ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL, EM CIÊNCIA E/OU ENTREGA.

**(Apagar esta observação no uso do modelo).**



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 5

## **REGISTRO DE IMAGENS, ENCERAMENTOS E OUTROS**





CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 6

## **ATESTADOS E DECLARAÇÕES**

## Observações:

1. SERÃO APRESENTADOS A SEGUIR DIFERENTES MODELOS DE ATESTADOS E DE DECLARAÇÕES, DEVENDO SER ELEITO AQUELE QUE FOR APLICÁVEL AO CASO CLÍNICO E À SOLICITAÇÃO ESPECÍFICA EM QUESTÃO.

2. USAR PAPEL TIMBRADO, COM OS DADOS COMPLETOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE/EMITENTE E/OU DO ESTABELECIMENTO/CLÍNICA ODONTOLÓGICA.

3. IDENTIFICAR O PACIENTE POR MEIO DE COLOCAÇÃO DO NÚMERO DE RG OU DO CPF, AFASTANDO EVENTUAL OCORRÊNCIA DE HOMÔNIMO. SE APLICÁVEL, IDENTIFICAR TAMBÉM O RESPONSÁVEL LEGAL POR SEU RG OU CPF.

4. COMO DOCUMENTO EMITIDO EM FAVOR DO PACIENTE, RECOMENDA-SE QUE SEJA GUARDADA CÓPIA EM PRONTUÁRIO, NESTA DEVENDO SER COLHIDO VISTO DE CIÊNCIA/ANUÊNCIA/RECEBIMENTO PELO PACIENTE.

5. HÁ DIFERENTES FORMAS DE REGISTRAR QUE O ATESTADO FOI FEITO A PEDIDO DO INTERESSADO OU A CIÊNCIA/ANUÊNCIA/RECEBIMENTO PELO PACIENTE OU POR SEU RESPONSÁVEL LEGAL: PODE-SE COLOCAR EXPRESSAMENTE NO TEXTO ("Atesto, a pedido do interessado, que...") OU USAR EXPRESSÕES COMO: "Ciente", "De acordo", "Recebi via idêntica".

6. COM RELAÇÃO À COLOCAÇÃO DE CÓDIGO CID, ATER-SE A COLOCAR TER SIDO SOLICITADO SUA MENÇÃO PELO PACIENTE OU POR SEU RESPONSÁVEL LEGAL, O QUE PODE SER REGISTRADO COMO ACIMA REFERIDO: PODE-SE COLOCAR EXPRESSAMENTE

7. NO TEXTO ("Atesto, a pedido do interessado, inclusive com menção de CID por este(a) solicitada, que...") OU USAR EXPRESSÕES COMO: "Ciente", "De acordo". PARA RESTAR CERTO O PERÍODO DE EFETIVA VIGÊNCIA DO ATESTADO, COM RELAÇÃO A REPOUSO/CONVALESCENÇA, PODE SER USADO MENÇÃO EM HORAS (COMO: "necessitando de 24 horas de repouso", o que estará associado ao final do período

do de atendimento) OU EM DIAS (COMO: “necessitando de 02 dias de repouso”, o que pede seja definido o dia de início, caso não se queira computar o dia do atendimento).

8. DEVE-SE COLOCAR O FIM ESPECÍFICO (“para fins escolares/desportivos/trabalhistas”), EVITANDO-SE O USO DE EXPRES-  
SÃO GENÉRICA (“para os devidos fins”).

9. AO FINAL, DEVEM SER COLOCADOS: O LOCAL, A DATA E A ASSI-  
NATURA DO PROFISSIONAL, SENDO QUE, ABAIXO DESTA, DEVE HA-  
VER MENÇÃO (IMPRESSA E/OU POR MEIO DE CARIMBO) DOS SEGUIN-  
TES DADOS: NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL (“Dr. Fulano de  
Tal”), A DESIGNAÇÃO DE “Cirurgião-dentista” E O NÚMERO DE  
INSCRIÇÃO DESTE NO CRO-UF. (Apagar estas observações no  
uso do modelo)

## ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ (especificar o fim: **trabalhistas / escolares; "de apresentação junto" " à Escola Tal" / "à Empresa Tal"**) e a pedido do(a) interessado(a), que o(a) paciente \_\_\_\_\_ (nome completo do paciente),  
 RG /  CPF/MF de n° \_\_\_\_\_ (marcar qual o documento e colocar número), esteve sob meus cuidados profissionais na presente data, no horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, necessitando de \_\_\_\_\_ (especificar número de horas ou de dias) de afastamento de suas atividades a partir desta data.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Carimbo com dados completos  
(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: (assinatura do paciente, na via a ser arquivada pelo profissional)

## ATESTADO ODONTOLÓGICO

PACIENTE: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de n° \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_.

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) interessado(a), inclusive com menção de Código CID por este(a) solicitado, que o(a) paciente acima qualificado(a) esteve sob os meus cuidados profissionais em virtude de CID – 11 n° \_\_\_\_\_, tendo sido submetido(a) a tratamento odontológico no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, período \_\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_, sendo-lhe recomendado repouso (pode-se colocar "domiciliar") por \_\_\_\_ (\_\_\_\_) horas, além da necessidade de seguir as orientações e tomar os medicamentos que lhe foram prescritos.

Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Carimbo com dados completos  
(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: (assinatura do paciente, na via a ser arquivada pelo profissional)

## ATESTADO ODONTOLÓGICO

PACIENTE: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
telefone \_\_\_\_\_.

RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
telefone \_\_\_\_\_.

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) Responsável Legal pelo(a) menor, que o(a) paciente acima qualificado(a) esteve sob os meus cuidados profissionais, tendo sido submetido(a) a tratamento odontológico no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, período \_\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_, sendo-lhe recomendado repouso por \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) horas, além da necessidade de seguir as orientações e retornar conforme agendado.

Local e data

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: (assinatura do responsável legal, na via do profissional)

## ATESTADO ODONTOLÓGICO

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) Responsável Legal \_\_\_\_\_ ("Fulano de Tal"),  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, que o(a) menor \_\_\_\_\_ ("Beltrano de Tal"),  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, esteve sob os meus cuidados profissionais, nesta data, das \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_, sendo-lhe recomendado repouso por \_\_\_\_ (colocar número de dias) (\_\_\_\_\_) (colocar dias por extenso), ou seja, nos dias \_\_\_\_ e/a \_\_\_\_ do corrente mês.

Local e data

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: (assinatura do responsável legal, na via do profissional)

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

PACIENTE: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_.

RESPONSÁVEL LEGAL:  PAI /  MÃE /  TUTOR /  CURADOR  
\_\_\_\_\_, CPF/MF de nº \_\_\_\_\_,  
Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_.

Declaro, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_ compareceu no meu Consultório Odontológico (ou na Clínica Odontológica "Tal"), acompanhando o(a) paciente acima qualificado(a) (se menor, idoso ou incapaz), o(a) qual esteve sob os meus cuidados profissionais, para tratamento odontológico, no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, período \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Local e data

Assinatura

Carimbo com dados completos  
(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

## DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Declaro, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a). \_\_\_\_\_  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Responsável Legal pelo(a) menor \_\_\_\_\_,  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, acompanhou o(a) filho(a) durante tratamento odontológico por mim realizado, no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Local e data

Assinatura

Carimbo com dados completos  
(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 7

# RECEITAS

## RECEITA

Nome completo do Profissional  
Designação de Cirurgião-dentista  
Número de inscrição no CRO-UF  
Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)  
Telefone para contato

Paciente: \_\_\_\_\_  
(colocar nome completo)

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_  
(para evitar eventual homônimo)

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(opcional, mas recomendado)

Endereço: \_\_\_\_\_  
(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)

Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Via de administração (Se enteral ou parenteral: "Uso Interno" / "Uso Externo")

Nome genérico da droga – Concentração – Quantidade – Forma de apresentação  
Posologia/Dosagem – Intervalo entre doses – Duração do tratamento

Recomendações (estas podem ser colocadas no verso da Receita)

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos  
(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

# RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL + Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

**OU**

NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + CIDADE + UF

TELEFONE (*opcional*)

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

## PRESCRIÇÃO

**DATA:**

**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:**

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

*\*IMPRESSÃO OPCIONAL - CONFORME PORTARIA Nº 6/99, ARTIGO 85, ALÍNEA C, ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO NO VERSO, PELA FARMÁCIA, NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO.*

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

*1ª via - Retenção pela Farmácia / 2ª via - Paciente*

# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b> NÚMERO: <input type="text"/>	<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b> NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF ou NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	<b>PRESCRIÇÃO</b> NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÉUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
DATA: _____	<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b> NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR _____		
PACIENTE: _____		
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____		

\*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

## RECEITA MAGISTRAL

### PARA A FARMÁCIA

Nome completo do Profissional  
Designação de Cirurgião-dentista  
Número de inscrição no CRO-UF  
Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)  
Telefone para contato

Paciente: \_\_\_\_\_  
(colocar nome completo)

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_  
(para evitar eventual homônimo)

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(opcional, mas recomendado)

Endereço: \_\_\_\_\_  
(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)

Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nome da Farmácia de Manipulação  
Endereço  
Telefone para contato

Nome da droga/substância (DCB – Denominação Comum Brasileira)  
Forma farmacêutica  
Dosagem – Concentração  
Quantidade  
(Especificar para cada fármaco componente da fórmula a ser manipulada)

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos  
(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

## PARA O PACIENTE

Obs.: ESTA SEGUE O PADRÃO DA RECEITA SIMPLES. (Apagar esta observação no uso do modelo)

Nome completo do Profissional  
Designação de Cirurgião-dentista  
Número de inscrição no CRO-UF  
Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)  
Telefone para contato

Paciente: \_\_\_\_\_  
(colocar nome completo)

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_  
(para evitar eventual homônimo)

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(opcional, mas recomendado)

Endereço: \_\_\_\_\_  
(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)

Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Via de administração (Se enteral ou parenteral: "Uso Interno" / "Uso Externo")

Nome da droga – Concentração – Quantidade – Forma de apresentação  
Posologia/Dosagem – Intervalo entre doses – Duração do tratamento

Recomendações (estas podem ser colocadas no verso da Receita)

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos  
(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 8

## ENCAMINHAMENTO E PARECERES

Obs.: USAR PAPEL TIMBRADO OU COLOCAR DADOS COMPLETOS: NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE, DESIGNAÇÃO DA PROFISSÃO DE CIRURGIÃO-DENTISTA, NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CRO-UF, ENDEREÇO PROFISSIONAL, TELEFONE PARA CONTATO. (Apagar esta observação no uso do modelo)

## ENCAMINHAMENTO MÉDICO

Nome completo do Profissional  
Designação de Cirurgião-dentista  
Número de inscrição no CRO-UF  
Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)  
Telefone para contato

Paciente: \_\_\_\_\_

(colocar nome completo)

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (recomendado)

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Solicitação de Avaliação, Conduta e Parecer Médico no campo da \_\_\_\_\_.

(descrever a área/especialidade da Medicina a ser consultada)

Encaminho o(a) paciente acima qualificado(a) para sua avaliação e/ou conduta médica, informando que o mesmo possui necessidade de realizar procedimento odontológico de \_\_\_\_\_

(descrever, de forma detalhada, em que consiste o procedimento odontológico planejado), a ser realizado sob anestesia local, com expectativa de duração de aproximadamente \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) hora(s).

Solicito que seja especificado no Parecer Médico se o(a) referido paciente está apto a ser submetido ao procedimento, com apontamento sobre eventuais observações e/ou cuidados médicos específicos, no pré e no pós-procedimento.

Em Anamnese/Inventário de Saúde o(a) paciente relatou os seguintes aspectos relevantes: (apontar eventual condição, patologia ou uso de medicação informada pelo paciente)

\_\_\_\_\_.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

## ENCAMINHAMENTO ODONTOLÓGICO

Nome completo do Profissional  
Designação de Cirurgião-dentista  
Número de inscrição no CRO-UF  
Endereço do Consultório/Clinica (local de trabalho)  
Telefone para contato

Paciente: \_\_\_\_\_

(colocar nome completo)

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (recomendado)

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Solicitação de Avaliação, Conduta e Parecer Odontológico no campo da \_\_\_\_\_.  
(descrever a área/especialidade da Odontologia a ser consultada)

Encaminho o(a) paciente acima qualificado(a) para sua avaliação e/ou conduta odontológica, informando que o mesmo possui necessidade de realizar procedimento de

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(descrever, de forma detalhada, em que consiste o procedimento odontológico planejado).

Dentes e área/região a serem avaliados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Solicito que seja especificado no Parecer Odontológico apontamento sobre sua análise especializada, detalhamento de procedimento e/ou conduta realizada, bem como eventuais observações e/ou cuidados específicos que entender pertinentes.

Em Anamnese/Inventário de Saúde o(a) paciente relatou os seguintes aspectos relevantes:  
(apontar eventual condição, patologia ou uso de medicação informada pelo paciente)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



# ANEXO 9

## **RECIBOS DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

## RECIBOS DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS/EXAMES/MODELOS

Declaro ter recebido, na presente data, os documentos, exames e/ou modelo(s) abaixo elencados e marcados, manifestando ter recebido orientações, ter sido alertado e ter, portanto, ciência de que estes são importantes registros técnicos de minha condição de saúde, em diferentes períodos, estando, pois, consciente de que isto os torna fundamentais para que um Cirurgião-dentista possa estabelecer adequado diagnóstico, planejamento e/ou acompanhamento de meu caso clínico, no momento presente ou mesmo em análise ou uso futuro.

Assim, ao recebê-los,  em meio físico /  em arquivo digital, assumo ser de minha inteira responsabilidade a guarda destes, em adequado acondicionamento e em segurança, confidencialidade e sigilo de acesso, isentando o profissional e/ou estabelecimento de saúde de qualquer responsabilidade para com os referidos documentos/itens ora entregues, para nada mais poder reclamar ou solicitar com relação aos mesmos.

1.  Fotografias: \_\_\_\_\_  
(especificar tipo/padrão, quantidade, data de tomada, meio de apresentação/entrega – impressa/digital – e outro dado relevante)

2.  Escaneamento: \_\_\_\_\_  
(especificar dentes/arco/região, data de tomada ou outro dado relevante)

3.  Pasta Ortodôntica: \_\_\_\_\_  
(especificar conteúdo, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

4.  Radiografia Periapical: \_\_\_\_\_  
(especificar dente(s), número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

5.  Radiografia Bitewing/Interproximal: \_\_\_\_\_  
(especificar dentes, número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

6.  Radiografia Panorâmica: \_\_\_\_\_  
(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

7.  Radiografia Cefalométrica/Telerradiografia: \_\_\_\_\_  
(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

8.  Radiografia Oclusal: \_\_\_\_\_  
(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

9.  Tomografia Computadorizada: \_\_\_\_\_  
(especificar região/cortes, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

10.  Ressonância Magnética: \_\_\_\_\_  
(especificar região, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

11.  Sialografia: \_\_\_\_\_  
(especificar região/glândula, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

12.  Modelo de gesso: \_\_\_\_\_  
(especificar arco dental, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame e outro dado relevante)

13.  Laudo(s) de Exame(s): \_\_\_\_\_  
(especificar a que exame se refere, Clínica em que o laudo foi emitido e/ou profissional responsável, data do exame/laudo, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

14.  Outro(s): \_\_\_\_\_  
(especificar)

Entrega em meio convencional/físico – Itens:

Entrega em arquivo digital por meio do dispositivo

– Itens: \_\_\_\_\_

Entrega em arquivo digital para o endereço eletrônico indicado pelo Paciente Solicitante

– Itens, a saber: \_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura do paciente

## RECIBO DE ENTREGA DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Recebi, na presente data, a cópia integral do meu Prontuário Odontológico referente ao tratamento com o profissional/Clinica \_\_\_\_\_, contendo \_\_\_\_\_ folhas.

Manifesto ter recebido orientações, ter sido alertado e ter, portanto, ciência de que os dados constantes do meu Prontuário Odontológico são importantes registros técnicos de minha condição de saúde, em diferentes períodos, estando, pois, consciente de que isto os torna fundamentais para que um Cirurgião-dentista possa estabelecer adequado diagnóstico, planejamento e/ou acompanhamento de meu caso clínico, no momento presente ou mesmo em análise ou uso futuro.

Assim, ao recebê-lo,  em meio físico /  em arquivo digital, assumo ser de minha inteira responsabilidade a guarda deste, em adequada segurança, confidencialidade e sigilo de acesso, isentando o profissional e/ou estabelecimento de saúde de qualquer responsabilidade para com o referido documento ora entregue, seja relativo a avaria, a perda, ao extravio e/ou ao vazamento de informações, para nada mais poder reclamar ou solicitar com relação ao mesmo.

Entrega em meio físico – No de Folhas: \_\_\_\_\_

Cópias:  coloridas  em preto e branco

Entrega em arquivo digital por meio do dispositivo – Itens: \_\_\_\_\_

Entrega em arquivo digital para o endereço eletrônico indicado pelo Paciente Solicitante – Itens, a saber: \_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura do paciente



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



ANEXO 10

# AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGENS E VOZ

## AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGEM E VOZ

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), brasileiro(a), \_\_\_\_\_ (estado civil), RG de nº \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor \_\_\_\_\_, CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_venho, por meio deste termo, espontânea e livremente, **AUTORIZAR** o uso de dados do meu Prontuário Odontológico, de minhas imagens, áudios, vídeos, relativos ao tratamento odontológico a que me submeto com o Cirurgião-dentista/Clínica \_\_\_\_\_, para fins diversos de divulgações de assuntos odontológicos, em específico, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (especificar os meios em que haverá a divulgação/publicação dos dados/do caso clínico), abdicando de qualquer direito ou remuneração pelo uso destes registros, tendo a mim sido garantido que o profissional/estabelecimento sempre observará os preceitos éticos e legais vigentes, relativos à Odontologia e previstos em legislação aplicável.

Fica o profissional/Clínica acima registrado, entretanto, obrigado a não mais usar os dados e, sendo aplicável e possível, a remover eventuais publicações neste ato autorizadas, se vier eu, a qualquer tempo, a usar da prerrogativa de revogação desta autorização.

Em manifestação autônoma de consentimento, de forma livre e esclarecida, firmo o presente, na forma da Lei 13.709, de 14 agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Local (UF) e data

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente

## AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGEM E VOZ (PACIENTE MENOR)

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), brasileiro(a), \_\_\_\_\_ (estado civil), RG de nº \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor \_\_\_\_\_, CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, **RESPONSÁVEL LEGAL** pelo(a) paciente menor \_\_\_\_\_ (nome completo), RG de nº \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor \_\_\_\_\_, CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, venho, por meio deste termo, espontânea e livremente, **AUTORIZAR** o uso de dados do Prontuário Odontológico do menor acima qualificado, bem como de suas imagens, áudios, vídeos, relativos ao tratamento odontológico a que se submete com o Cirurgião-dentista/Clinica \_\_\_\_\_, para fins diversos de divulgações de assuntos odontológicos, em específico, \_\_\_\_\_ (especificar os meios em que haverá a divulgação/publicação dos dados/do caso clínico), abdicando de qualquer direito ou remuneração pelo uso destes registros, tendo a mim sido garantido que o profissional/estabelecimento sempre observará os preceitos éticos e legais vigentes, relativos à Odontologia e previstos em legislação aplicável.

Fica o profissional/Clinica acima registrado, entretanto, obrigado a não mais usar os dados e, sendo aplicável e possível, a remover eventuais publicações neste ato autorizadas, se vier eu, como Responsável Legal, a qualquer tempo, a usar da prerrogativa de revogação desta autorização.

Em manifestação autônoma de consentimento, de forma livre e esclarecida, firmo o presente, na forma da Lei 13.709, de 14 agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Local (UF) e data

\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente



CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



FAQ

# PERGUNTAS FREQUENTES

## **FAQ PERGUNTAS FREQUENTES**

### **01. Qual é o principal objetivo do Manual apresentado pelo Conselho Federal de Odontologia?**

É fornecer orientações e sugerir modelos para a elaboração e a aplicação criteriosa do Prontuário do Paciente na rotina da prática profissional odontológica. Isso visa garantir que os registros atendam às exigências éticas e legais, contribuindo para um exercício responsável, cuidadoso e seguro da odontologia.

### **02. Quais são as principais funções do Prontuário do Paciente em Odontologia?**

As principais funções do Prontuário do Paciente são:

Saúde e Clínica: Registro da condição de saúde do paciente e dos tratamentos realizados.

Administrativa e Financeira: Gestão do tratamento e controle financeiro.

Legal: Cumprimento das exigências legais e éticas, além de servir como meio de prova em questões jurídicas.

Ética: Proteção do paciente e do profissional, assegurando que os tratamentos sigam os preceitos do Código de Ética Odontológica.

Social: Fornecer dados para análises epidemiológicas e políticas públicas.

### **03. O que constitui o Prontuário do Paciente?**

O Prontuário do Paciente é o conjunto de documentos que registra informações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele. Ele inclui dados clínicos, sinais, sintomas, imagens, exames laboratoriais, e outros documentos que ajudem na continuidade do tratamento e no compar-

tilhamento de informações entre a Equipe Interprofissional. Deve ser registrado de forma cronológica, com a data, hora, nome e visto/assinatura do Paciente/ Responsável Legal e do Profissional Assistente ou daquele que executou o procedimento.

#### **04. O que deve constar na identificação do Profissional ou da Entidade Prestadora de Assistência Odontológica?**

A identificação do profissional deve conter nome completo, número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) da jurisdição, qualificações profissionais (Clínico Geral ou Especialista, se aplicável), e contatos como endereço e telefone. Caso a assistência seja prestada por uma Pessoa Jurídica (EPAO), devem constar os dados da entidade e do Responsável Técnico.

#### **05. Quais informações devem constar na Ficha Clínica do Prontuário do Paciente?**

A Ficha Clínica deve conter informações pessoais do paciente, como nome completo, idade, gênero, endereço, telefone, número de identificação (como RG ou CPF), além de informações sobre o histórico de saúde, como doenças pré-existentes, alergias, medicações em uso e histórico odontológico e médico. Deve também incluir a anamnese detalhada, que é a coleta de informações sobre a saúde geral, loco-regional e hábitos do paciente, bem como o exame físico realizado pelo profissional.

#### **06. Qual a diferença de aplicação entre a assinatura do paciente e a assinatura do profissional no prontuário?**

A assinatura do paciente no prontuário indica que houve bilateralidade (as duas partes - profissional e paciente participaram, interagiram) na pactuação. Remete à ideia de que o paciente leu e entendeu as informações relacionadas ao seu tratamento, por exemplo, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No Plano de Tratamento, ex-

pressa a manifestação de vontade, de escolha do paciente. Na Evolução e Intercorrências, permite argumentar que o paciente tomou ciência e consentiu com os procedimentos realizados. Já a assinatura do profissional demonstra quem realizou os procedimentos, e remete à ideia de que as informações registradas são verdadeiras, em expressão do efetivo pacto e/ ou tratamento realizado. Além disso, a assinatura do profissional deve vir acompanhada do número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) de sua jurisdição.

## **07. Quais são as implicações legais do Prontuário do Paciente?**

O Prontuário do Paciente tem implicações legais importantes, pois pode ser utilizado como prova em processos judiciais, como em ações que discutem ocorrência de erro profissional, que são os litígios sobre tratamentos realizados. Ele deve ser elaborado de forma precisa, completa e acessível, e deve obedecer às normas éticas e legais específicas da profissão e de normas aplicáveis (Constituição Federal, Código de Defesa do Consumidor, Código Penal, Código Civil, etc). A falta de documentação ou o registro incompleto pode prejudicar o profissional, que pode ser responsabilizado por danos ao paciente ou por condutas não registradas corretamente.

## **08. O que deve ser feito caso haja uma falha ou erro no registro do Prontuário do Paciente?**

Caso haja uma falha ou erro no registro do prontuário, o profissional deve corrigir o erro de forma clara, sem apagar ou ocultar o conteúdo original. A correção deve ser registrada com a data, a explicação da correção e a assinatura do responsável. A correção não deve causar ambiguidades ou confusão, garantindo que a integridade do prontuário seja mantida.

## **09. Qual a função principal do Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos?**

O Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos tem a função de formalizar a relação entre o profissional (ou clínica) e o paciente, garantindo os direitos e deveres de ambas as partes. Este documento especifica o tipo de tratamento a ser realizado, valores, prazos, forma de pagamento e outras condições, oferecendo maior segurança jurídica para ambos.

## **10. O contrato odontológico pode ser feito verbalmente?**

Embora seja possível realizar o contrato verbalmente, é recomendável que seja feito por escrito, pois isso oferece maior proteção jurídica para o profissional, especialmente em caso de disputas sobre o que foi acordado. O contrato escrito também proporciona maior clareza e formalização dos termos do tratamento.

## **11. O que é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e qual é o seu objetivo?**

O TCLE é um documento que expressa o respeito à autonomia do paciente, garantindo, a depender de seu conteúdo, que ele tenha sido informado sobre todas as alternativas de tratamento, bem como sobre os aspectos relevantes positivos e negativos, riscos, limitações, etapas, custos e outros pertinentes a cada caso clínico e proposta apresentada. Esse termo deve ser obtido antes do início do tratamento, reforçado durante e novamente ao final do processo, para garantir que o paciente participe de forma consciente na escolha, no transcurso e na conclusão do tratamento.

## **12. Quando deve ser obtido o consentimento do paciente?**

O consentimento deve ser, em primeiro, obtido antes do início do tratamento, após o paciente ser informado sobre as alternativas de tratamento, benefícios, riscos, custos e ter feito sua escolha. Mas, importa salientar ser o consentimen-

to uma elaboração processual, ou seja, em todos os passos, etapas e tempo de tratamento. O termo pode ser escrito ou registrado de forma verbal, mas a forma registrada (escrita ou filmada) oferece maior segurança jurídica para o profissional.

### **13. Qual a diferença entre atestado odontológico e declaração de comparecimento?**

O atestado odontológico é um documento emitido pelo Cirurgião-dentista que confirma uma condição de saúde ou doença do paciente, podendo incluir recomendações sobre repouso ou restrições. Já a declaração de comparecimento é usada para informar algo relativo a mero atendimento ou mesmo acompanhamento, especialmente para pacientes que necessitam de suporte de um Responsável Legal.

### **14. O que o profissional não deve fazer ao emitir atestados ou declarações?**

O Cirurgião-dentista deve sempre garantir que as informações no atestado ou declaração sejam verídicas e baseadas no que foi observado e efetivamente realizado durante o atendimento. Emitir documentos falsos ou que não correspondam à realidade é uma violação ética e pode resultar em crime de Falsidade Ideológica.

### **15. Qual a importância de registrar a entrega de documentos ao paciente?**

Registrar a entrega de documentos ao paciente é importante para garantir a evidência de que este é quem detém a posse/guarda dos documentos, como exames complementares diversos ou cópia do prontuário. O recibo de entrega deve especificar quais documentos foram entregues e deve ser assinado por ambas as partes, oferecendo segurança jurídica para o profissional.

## **16. O que caracteriza um Prontuário Eletrônico?**

O Prontuário Eletrônico é um registro digital, utilizado por sistemas informatizados que garantem a integridade, autenticidade e segurança das informações do paciente. Ele deve seguir normas legais e ser gerido com o auxílio de tecnologias adequadas, garantindo a confidencialidade e a proteção dos dados.

## **17. Qual o tempo mínimo que o Prontuário do Paciente deve ser mantido arquivado após o último atendimento do paciente de acordo com as normas éticas e jurídicas?**

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio do Parecer nº 125/92, afirma que a guarda do prontuário é uma obrigação do profissional, devendo ser arquivado, por, no mínimo, 10 (dez) anos após o último comparecimento do paciente, ou se o paciente tiver idade inferior a 18 (dezoito) anos à época do último contato profissional, 10 (dez) anos a partir do dia que o paciente tiver completado ou vier a completar os 18 (dezoito) anos.

A Lei Federal de nº 13.787/18, por sua vez, estabelece o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro. Podendo esse prazo ser fixado em períodos diferenciados de acordo com eventuais estudos e pesquisas na área das ciências da saúde, bem como para fins legais e probatórios.

No Código Civil Brasileiro (2002), há um prazo prescricional das ações de 03 (três) anos para os profissionais liberais (Cirurgião-dentista). Porém, o Código Civil abre exceção para possíveis leis específicas, como o Código de Defesa do Consumidor (1990), que delimita um prazo de 05 (cinco) anos, iniciada a contagem a partir do conhecimento de eventual dano e de sua autoria.

Em literatura odontolegal aplicável, existe a recomendação ou posicionamento de guarda indefinida ou indeterminada, uma vez que o prontuário pode vir a ser documento fundamental a serviço do esclarecimento

da verdade e aplicação de ordem pública (exemplo da necessidade e sua potencial aplicação na identificação humana).

Em virtude disso, o procedimento mais seguro frente à documentação é a guarda do Prontuário do Paciente ao longo de toda a vida do profissional, haja vista a variedade de interpretação e da necessidade específica.

### **18. Quais os procedimentos recomendados para o acesso e a entrega de cópia do prontuário ao paciente que solicita acesso à informação?**

A cópia do prontuário pode ser solicitada pelo próprio paciente, portando documentos de identificação com foto, ou por terceiro que apresente documento de identificação com foto, procuração do paciente com autorização específica para a entrega de documentos de seu prontuário, além de cópia de um documento de identificação do paciente.

### **19. Quais as justificativas de quebra de sigilo profissional quanto ao Prontuário do Paciente?**

O Código de Ética Odontológica considera como justa causa:

- I - notificação compulsória de doença;
- II - colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;
- III - perícia odontológica nos seus exatos limites;
- IV - estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e,
- V - revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

## **20. A quem pertence o Prontuário do Paciente e demais documentos que o compõem?**

A propriedade do prontuário é do paciente (ou seja, ele é o “dono”), porém a posse ou guarda (quem deve ficar com o prontuário) cabe ao profissional.

## **21. Eu sou obrigado a devolver todas as radiografias ao paciente?**

Diante de uma solicitação, sim. Recomendando-se que o profissional mantenha uma cópia arquivada, assim como o registro de entrega dos exames ao paciente, de forma detalhada e sob visto de recebimento.

## **22. Sou obrigado a seguir o modelo de prontuário do CFO ou algum outro específico?**

Não. O prontuário é documento de conteúdo variado, segundo a atuação profissional ou o caso clínico em questão. Este Manual representa uma orientação a ser considerada, em sua proposição sobre as peças fundamentais e sobre outras mais específicas ou detalhadas.

## **23. Posso alterar o modelo de prontuário apresentado pelo CFO?**

Sim. Entretanto, este foi pensado e proposto em conteúdo mínimo, razoável e pertinente.

## **24. Os modelos de prontuário, TCLE e contrato sugeridos nesse manual podem ser copiados e utilizados?**

Sim, mas devem ser feitas adequação e complementação conforme cada situação.

## **25. Se o paciente trouxe exames que não fui eu que solicitei, eu tenho que lançar no prontuário?**

Sim, conforme pertinência e aplicação dos dados ao caso clínico específico.

## **26. Pacientes menores de idade, que comparecem às consultas sem acompanhante adulto/Responsável Legal, podem assinar o prontuário?**

Conforme análise da capacidade para os atos da vida civil (prevista no Código Civil Brasileiro), pacientes menores de 16 (dezesesseis) anos são absolutamente incapazes e devem, indispensavelmente, ser representados por um Responsável Legal, portanto, estes pacientes não podem assinar. E, se o paciente tem entre 16 (dezesesseis) e 18 (dezoito) anos incompletos, ele até pode assinar algum documento, desde que, posteriormente, essa assinatura seja corroborada por assinatura também pelo Responsável Legal, uma vez ser ainda menor a ser assistido. Aos 18 (dezoito) anos, o paciente está apto para os atos da vida civil, como pactuar, contratar, assinar.

## **27. Por que se deve elaborar e manter atualizado o Prontuário do Paciente?**

Um Prontuário do Paciente elaborado e atualizado corretamente demonstra, dentre outros aspectos, diligência profissional, além de poder ser usado caso seja necessário em processos cíveis, criminais, éticos e de instrumento para a identificação humana.

## **28. A ausência do TCLE implica em infração ética ou descumprimento à norma legal?**

Não necessariamente, porque admite-se que o consentimento livre e esclarecido possa ter sido obtido verbalmente. Mas, a expressão escrita, firmada, será sempre a forma mais clara e segura.

## **29. Sou obrigado a colher assinatura ou o visto do paciente na ficha de evolução clínica para todos os procedimentos realizados?**

Não, mas é prudente colher a assinatura ou o visto para dar segurança jurídica, em demonstração de interação e de

participação do paciente a cada atendimento e de forma a transformar o prontuário em um documento bilateral.

### **30. Deve-se elaborar Prontuário do Paciente em contexto de atendimento de urgência e emergência?**

Sim, podendo este até ser de forma reduzida em algumas partes, mas com potencial risco de não esclarecimento adequado da verdade.

### **31. Nos atendimentos de emergência, devo elaborar o TCLE?**

Certas situações específicas e extremas podem justificar a não obtenção ou postergação do TCLE, são elas:

01. Emergências;
02. Possibilidade de danos psicológicos graves;
03. Recusa do paciente de receber informação;
04. Tratamento compulsório;
05. Riscos para a saúde pública e;
06. Pessoas com problema de saúde mental grave.

### **32. O Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos deve ser impresso em quantas vias?**

No mínimo, em 02 (duas) vias, sendo uma para o paciente e outra para o profissional ou estabelecimento. Lembrando que as vias devem ser idênticas em forma e em conteúdo, assim como assinadas por ambas as partes.

### **33. Qual o prazo máximo de afastamento de atividades ou convalescença para o paciente que o CD pode registrar no atestado?**

Não existe nenhuma norma que defina um limite ou prazo mínimo, em relação ao tempo de afastamento do paciente das suas ocupações ou de necessária convalescença. O profissional tem autonomia para definir, de acordo com a condição do paciente, o tempo necessário para recuperação da sua saúde e/ou de sua capacidade plena. Obviamente, o prazo deve ser condizente com cada caso clínico

e necessidade efetiva, real, sem exagero ou favor não pertinente, não pode ser gracioso, falso.

### **34. Posso me negar a fornecer um atestado?**

O atestado é parte integrante do ato ou do tratamento, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não devendo importar em qualquer majoração de honorários. O Cirurgião-dentista que se negar a atestar ou declarar fato verídico e decorrente de um ato odontológico, quando solicitado pelo paciente, comete inclusive falta ética expressamente prevista no Código de Ética Odontológica.

### **35. Se eu receber pedido de esclarecimento de alguma empresa acerca de atestado emitido para seu empregado, como devo proceder?**

O Cirurgião-dentista deve se abster de prestar qualquer informação sobre o tratamento do paciente por dever de sigilo. Deve reforçar ser válido o que fora atestado, tão somente isto.

### **36. O atestado odontológico pode ser recusado?**

Não pode ser recusado o atestado odontológico válido. A recusa injustificada ou ilegal gera possibilidade de responsabilização a quem recusou.

### **37. Os atestados odontológicos, prescrições de medicamentos e declarações podem ser assinados digitalmente?**

Sim, e, no caso das prescrições de medicamentos, estas podem ser realizadas na plataforma recomendada pelo CFO.

### **38. Qualquer Cirurgião-dentista pode elaborar atestados, relatórios, declarações e pareceres sempre que solicitado?**

Sim, desde que regularmente inscrito no Conselho Regional de Odontologia e que tenha efetivamente realizado o ato odontológico no solicitante.

### **39. Como o Cirurgião-dentista deve proceder para garantir a confidencialidade e a segurança dos dados contidos no Prontuário do Paciente?**

Restringindo o acesso somente a membros da sua Equipe Multiprofissional, implicando a todos os deveres de sigilo e de confidencialidade.

### **40. A assinatura da testemunha pode substituir a assinatura do paciente?**

Não. Em caso de impossibilidade de obtenção de assinatura do paciente, deve-se lançar mão do registro de sua impressão digital e, se possível, da assinatura de um acompanhante, este como testemunha do ato de atendimento (assinatura a rogo).

### **41. O prontuário deve conter data, hora, nome e assinatura do profissional, e número de inscrição no CRO de sua jurisdição?**

Sim.

### **42. O que deve garantir a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no contexto do Prontuário do Paciente?**

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais garante que o paciente tenha livre acesso a seus registros de dados, assegurando qualidade, transparência e segurança das informações. Também garante que o paciente tenha ciência de como seus dados são armazenados, com acesso facilitado e gratuito, além de ser informado sobre quem tem acesso a essas informações.

### **43. Como deve ser a elaboração do Prontuário do Paciente?**

O Prontuário do Paciente deve ser elaborado de forma clara e precisa, com registros de todas as informações de saúde e clínicas do paciente, incluindo exames complementares e dados dos tratamentos realizados. Deve ser atualizado constantemente, com registros cronológicos de cada ava-

liação e assinaturas do profissional (incluindo o número de inscrição no CRO na jurisdição) e do paciente.

#### **44. Qual é o valor jurídico do Prontuário do Paciente digitalizado?**

O Prontuário do Paciente digitalizado pode ter o mesmo valor jurídico do documento original, desde que o processo de digitalização siga as normas legais e seja feito com a devida autenticidade. A digitalização deve ser realizada de maneira a garantir a integridade e confidencialidade dos dados, observados os preceitos legais vigentes.

#### **45. Qual o impacto da digitalização e do Prontuário Eletrônico na Odontologia?**

A digitalização e o uso do Prontuário Eletrônico na Odontologia trazem maior praticidade, agilidade e segurança ao registro das informações. Eles facilitam o acesso remoto, a troca de dados entre profissionais e a consulta ao histórico do paciente. Além disso, contribuem para a redução de erros de transcrição e melhor gestão das informações, promovendo mais eficiência e qualidade no atendimento odontológico. Contudo, não se pode perder a necessária aplicação de bilateralidade, ou seja, que tanto paciente como profissional consigam demonstrar que os registros foram feitos sob a participação de ambas as partes.

#### **46. O que deve ser feito caso o paciente solicite cópia do seu Prontuário do Paciente?**

O paciente tem o direito de solicitar cópias de seu prontuário. A solicitação deve ser atendida de forma transparente e ágil, com a cópia entregue dentro de prazo hábil ou, se possível, daquele indicado pelo paciente. A cópia pode ser fornecida fisicamente ou por meio digital, dependendo da solicitação do paciente. Sempre devendo haver produção de recibo de entrega a ser arquivado pelo profissional. No entanto, o fornecimento deve ser feito

com a garantia de que as informações sensíveis, como dados de terceiros ou informações confidenciais, sejam protegidas.

**47. Onde posso verificar se o Prontuário Eletrônico/Digital tem o nível de garantia de segurança e selo de certificação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)?**

Acessando o site <https://sbis.org.br/> e clicando em “certificação de software” ou <https://sbis.org.br/certificacoes/certificacao-software/> e “sistemas certificados” ou <https://sbis.org.br/certificacoes/certificacao-software/sistemas-certificados-edicao-5-2/>.

**48. Quais são as implicações do não cumprimento das normas recomendadas para elaboração de Prontuário do Paciente?**

O não cumprimento das normas de Prontuário do Paciente pode resultar em implicações legais e éticas para o profissional, como penalidades pelo Conselho Regional de Odontologia (CRO), perda de credibilidade profissional, e até mesmo responsabilização em processos judiciais por dificuldade de afastar o erro em serviços de saúde ou negligência informacional. Além disso, a falta de documentação adequada pode comprometer a confiança do paciente e a continuidade do tratamento, bem como prejudicar a defesa do profissional em caso de litígios.

**49. O que deve ser registrado quando há necessidade de encaminhamento para outro profissional ou a um especialista?**

Quando há necessidade de encaminhamento, o Prontuário do Paciente deve registrar a razão do encaminhamento, as condições do paciente, e as orientações necessárias para que o profissional encaminhado possa avaliar adequadamente e atender ao que fora solicitado. O profissional deve indicar claramente o que foi observado no exame e qual a questão que necessita de avaliação ou tratamento especializado. O registro também deve incluir o nome e as

qualificações do profissional para o qual o paciente foi encaminhado, além de qualquer outro dado relevante para o acompanhamento contínuo do caso.

*cfo*

CONSELHO  
FEDERAL DE  
ODONTOLOGIA



ISBN 978-65-979340-1-0



9 786597 934010

***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 01***

*Inserir identificação do estabelecimento de saúde (Endereço. E, se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)*

## PRONTUÁRIO DO PACIENTE

### FICHA CLÍNICA

#### Identificação do Profissional ou da Empresa Prestadora de Assistência Odontológica

##### Para pessoa física:

- \*Nome do Profissional
- \*Designação da Profissão (Cirurgião-\*dentista)
- \*Número de Inscrição no CRO-UF
- \*Endereço comercial

##### Para pessoa jurídica:

- \*Nome Fantasia ou Razão Social
- \*Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)
- \*Número de Inscrição da EPAO no CRO-UF
- \*Nome do Profissional Responsável Técnico
- \*Designação da Profissão (Cirurgião-dentista)
- \*Número de Inscrição do RT no CRO-UF
- \*Endereço comercial

#### **Apontamento de ATENÇÃO:**

*Parte destinada ao registro de alerta, como alergias, prioridade por lei, necessidades especiais, risco de queda, dentre outros. Registrar graficamente ou por meio de etiqueta **EM COR VERMELHA.***

#### Identificação do Paciente

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_  
Endereço comercial: \_\_\_\_\_  
Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
WhatsApp: \_\_\_\_\_ Mídia social: \_\_\_\_\_

Indicação a este profissional/clínica por: \_\_\_\_\_

Convênio: \_\_\_\_\_ N° de cadastro \_\_\_\_\_

Contato de Emergência:

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cirurgião-dentista responsável pelo tratamento anterior:

\_\_\_\_\_  
Tipo de tratamento: \_\_\_\_\_

Data/período de atendimento: \_\_\_\_\_

### **Identificação do responsável ou representante legal:**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Profissão/Atividade: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Endereço comercial: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

WhatsApp: \_\_\_\_\_ Mídia social: \_\_\_\_\_

### **ANAMNESE**

QUEIXA PRINCIPAL: Qual o motivo de sua busca por tratamento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA DA DOENÇA/MOLÉSTIA ATUAL: Descrição técnica.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA PREGRESSA MÉDICA: Relato de atendimentos e tratamentos médicos anteriores.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA PREGRESSA ODONTOLÓGICA: Relato de atendimentos e tratamentos odontológicos anteriores.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA FAMILIAR: Informações sobre a saúde da pessoa e/ou de parentes/familiares.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL: Informações sobre o estilo de vida e hábitos do paciente.

\_\_\_\_\_

---

---

## QUESTIONÁRIO DE SAÚDE:

### Sobre aparelho digestório:

- Tem frequentemente ferida na boca, azia, gastrite ou úlcera gástrica ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Já teve diagnosticada a presença de *Helicobacter Pylori*? ( ) Não ( ) Sim

- Tem refluxo? ( ) Não ( ) Sim

- Tem afta ou lesões na boca com frequência? ( ) Não ( ) Sim

- Toma algum medicamento para problema gastrointestinal? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

### Sobre condição hepática:

- Tem alguma disfunção hepática? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Toma algum medicamento para esta condição? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

### Sobre condição cardiovascular:

- Sua pressão arterial é alta ou baixa? ( ) Não ( ) Sim

- Toma algum medicamento para controle de pressão arterial? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Possui arritmia cardíaca? ( ) Não ( ) Sim

- Toma algum medicamento para controle de arritmia cardíaca? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Possui marca-passo, *stent* ou alguma prótese cardíaca? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Toma medicamento anticoagulante? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Tem prolapso de válvula cardíaca? ( ) Não ( ) Sim

- Teve endocardite bacteriana? ( ) Não ( ) Sim

### Sobre condição respiratória:

- Sente falta de ar com frequência? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is) circunstância(s)? \_\_\_\_\_

- Tem asma ou bronquite já diagnosticada? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

- Tem ou teve tuberculose? ( ) Não ( ) Sim Está sob medicação? \_\_\_\_\_

- Toma algum medicamento para problema respiratório? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

### Sobre aparelho genitourinário:

- Tem insuficiência renal? ( ) Não ( ) Sim

- Faz tratamento de hemodiálise? ( ) Não ( ) Sim Frequência: \_\_\_\_\_

- Toma algum medicamento para problema renal? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre condição motora:

- Usa órtese ou prótese óssea ou articular? ( ) Não ( ) Sim

Qual órtese? \_\_\_\_\_

Qual prótese e em que região do corpo? \_\_\_\_\_

- Tem alguma doença reumática? ( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

- Apresenta osteopenia ou osteoporose? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

- Toma algum medicamento para tratamento de uma ou mais das condições acima? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre doenças infectocontagiosas/IST:

- Tem alguma doença infectocontagiosa? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Tem alguma infecção sexualmente transmissível? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Toma algum medicamento para alguma destas doenças? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre condição endócrina e metabólica:

- Tem diabetes? ( ) Não ( ) Sim

- Possui hipo ou hipertireoidismo? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

- Toma algum medicamento para alguma destas doenças? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre reação alérgica:

- Tem alguma alergia? ( ) Não ( ) Sim

- A que? ( ) Medicamento ( ) Alimentos ( ) Anestésico ( ) Outros: \_\_\_\_\_

- Já fez teste alérgico? ( ) Não ( ) Sim

- Já teve alguma reação alérgica com anestesia aplicada? ( ) Não ( ) Sim

- Descreva o ocorrido: \_\_\_\_\_

- Em que tratamento e quando? \_\_\_\_\_

Sobre resposta do organismo à lesões de tecidos :

- Costuma sangrar por longo tempo quando se corta? ( ) Não ( ) Sim

- Tempo (estimado em minutos): \_\_\_\_\_

- Como se dá sua cicatrização? \_\_\_\_\_

Sobre procedimentos cirúrgicos em geral:

- Já se submeteu a alguma cirurgia? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Motivo? \_\_\_\_\_

Houve alguma intercorrência? \_\_\_\_\_

Sobre métodos contraceptivos e gestação:

- Faz uso de medicamento anticoncepcional? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Está grávida? ( ) Não ( ) Sim Tempo (em semanas): \_\_\_\_\_

- Está em fase de lactação? ( ) Não ( ) Sim

- Houve intercorrência na atual gestação? ( ) Não ( ) Sim
- Houve intercorrência em gestação anterior? ( ) Não ( ) Sim
- Faz uso de algum medicamento em razão da gestação? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_  
Motivo? \_\_\_\_\_

Sobre neoplasias:

- Já teve algum diagnóstico de neoplasia? ( ) Não ( ) Sim ( ) Benigna ( ) Maligna

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Qual o tratamento a que se submeteu ou está em andamento?  
\_\_\_\_\_

Qual a situação atual de controle? \_\_\_\_\_

Sobre problemas psicológicos / psiquiátricos:

- Está ou esteve em tratamento? ( ) Não ( ) Sim

Motivo e/ou diagnóstico: \_\_\_\_\_

Descrever sintomas e tratamento: \_\_\_\_\_

- Faz uso de algum medicamento em razão da condição? \_\_\_\_\_

Sobre doenças, síndromes ou medicamentos não especificados acima:

- Tem ou teve alguma doença ou síndrome? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Está se submetendo a algum tratamento para saúde? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Está tomando algum medicamento para esta condição? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Sobre condições de pessoa com deficiência:

- Apresenta alguma deficiência nos termos da Lei 13.146, de 06 de julho de 2015?

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Está em tratamento ou acompanhamento profissional? ( ) Não ( ) Sim

Sobre hábitos ou costumes:

- Tem algum hábito ou costume dentre os abaixo elencados?

( ) Fumo -Tipo e frequência : \_\_\_\_\_

( ) Álcool - Frequência : \_\_\_\_\_

( ) Droga ilícita - Frequência : \_\_\_\_\_

Outras observações importantes: \_\_\_\_\_

- Nome do(s) Médico(s) Assistente(s):

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefones: ( ) \_\_\_\_\_

**INVENTÁRIO ODONTOLÓGICO:**

- Quando foi seu último tratamento odontológico? \_\_\_\_\_

- Houve alguma intercorrência? ( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Descrever a experiência: \_\_\_\_\_

- Escova os dentes todos os dias? ( ) Não ( ) Sim ( ) Nem sempre

Quantas vezes por dia: \_\_\_\_\_

Tipo de escovade dente usada? ( ) Cerdas duras ( ) Cerdas médias ( ) Cerdas macias

Frequência com que troca de escova de dente? \_\_\_\_\_

- Com que frequência usa fio ou fita dental?

( ) Não uso ( ) Diariamente ( ) Após as refeições ( ) Às vezes

- Outras formas de higienização:

( ) Passa-fio ( ) Escova interdental ( ) Unitufo ( ) Bitufo ( ) Escova elétrica

( ) Aparelho de hidrojateamento

- Usa creme dental? ( ) Não ( ) Sim ( ) Com flúor ( ) Sem flúor

- Faz uso de enxaguatório bucal (colutório)? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

- Faz uso de flúor? ( ) Não ( ) Sim ( ) Aplicação direta ( ) Bochecho

Indicação: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

- Sente alguma dor em dente ou na gengiva? ( ) Não ( ) Sim

Descrever dente ou região: \_\_\_\_\_

Natureza da dor: ( ) Espontânea ( ) Provocada

Fator desencadeador: \_\_\_\_\_

- Apresenta sangramento na gengiva? ( ) Não ( ) Ao escovar ( ) Ao usar fio dental ( ) Espontâneo

Descrever dente ou região: \_\_\_\_\_

- Sente seus dentes moles? ( ) Não ( ) Sim

Descrever dente ou região: \_\_\_\_\_

- Sente ou lhe disseram sobre ter mau hálito? ( ) Não ( ) Sim

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Sente gosto ruim na boca ou xerostomia (boca seca)? ( ) Não ( ) Sim

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Já se submeteu a tratamento periodontal? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Quando: \_\_\_\_\_

- Tem dificuldade ou limitação ao abrir a boca? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

- Sente dor ao abrir ou ao movimentar lateralmente a boca? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer  
Descrever região: \_\_\_\_\_

- Ouve barulho (estalido/crepitação) no ouvido ao abrir a boca? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

- Sente dor na maxila, na mandíbula, na face, no ouvido, na cabeça, na nuca ou no pescoço?  
Em que região? \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Apresenta:

( ) Sensibilidade ou dor com alimento: ( ) Quente ( ) Frio

( ) Sensibilidade ao ingerir alimento doce

Dente ou região: \_\_\_\_\_

- Apresenta alguma alteração na língua ou no palato? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer  
Descrever: \_\_\_\_\_

- Já teve alguma ferida ou bolha na face ou nos lábios? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer  
Em que região? \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Fator desencadeador ou associado: \_\_\_\_\_

- Acorda com sensação de cansaço ou dor na face ou na ATM? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer

- Aperta ou range os dentes? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei dizer ( ) Durante o dia ( ) Pela noite

- Hábitos:

( ) Respirar pela boca

( ) Sucção: ( ) Dedos ( ) Chupeta ( ) Chá ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) Onicofagia (roer unha) - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Uso de palito - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Goma de mascar - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Morder: ( ) Lápis ( ) Caneta ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) Fumar: ( ) Cigarro ( ) Cigarro de palha ( ) Charuto ( ) Cachimbo ( ) Outro: \_\_\_\_\_

( ) Ingestão de bebida alcoólica - Frequência: \_\_\_\_\_

- Dieta:

( ) Doces: ( ) Sim ( ) Não ( ) Às vezes - Frequência: \_\_\_\_\_

( ) Bebidas: ( ) Café ( ) Chá ( ) Suco com corantes ( ) Achocolatado ( ) Refrigerantes

( ) Ingere alimentos e/ou bebidas entre as refeições

- Já se submeteu a tratamento endodôntico?

Dente(s): \_\_\_\_\_

- Faz uso de prótese dentária? ( ) Não ( ) Sim

Tipo e dentes envolvidos: \_\_\_\_\_

- Já se submeteu a alguma cirurgia bucal ou facial? ( ) Não ( ) Sim

Qual(is)? \_\_\_\_\_

Motivo? \_\_\_\_\_

Houve alguma intercorrência? \_\_\_\_\_

- Há alguma informação que queira acrescentar? ( ) Não ( ) Sim

Descrição: \_\_\_\_\_

Declaro ter entendido as perguntas que me foram feitas, tendo eu compreendido a sua importância para o correto diagnóstico, planejamento, execução do tratamento e acompanhamento, atestando serem verdadeiras as respostas por mim fornecidas. Atesto não ter omitido, não ter me esquecido e nem faltado com a verdade ao responder a todas as perguntas. Declaro, por fim, que minhas dúvidas foram explicadas pelo Cirurgião-dentista e/ou sua Equipe, com linguagem não técnica, clara e por mim compreendida.

Local e data.

Assinatura do Paciente e/ou seu Responsável Legal

### **EXAME FÍSICO:**

GERAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_ (BPM) Pressão arterial: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ (mm/Hg)

Alteração ganglionar: \_\_\_\_\_

Cadeia: \_\_\_\_\_ Natureza: \_\_\_\_\_

LOCO-REGIONAL:

EXTRAORAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTRAORAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EXAME DENTAL - ODONTOGRAMA DESCRITIVO**

A	18	_____
R	17	_____
C	16	_____
A	15 (55)	_____
D	14 (54)	_____
A	13 (53)	_____
	12 (52)	_____
S	11 (51)	_____
U	21 (61)	_____
P	22 (62)	_____
E	23 (63)	_____
R	24 (64)	_____
I	25 (65)	_____
O	26	_____
R	27	_____
	28	_____

A	38	_____
R	37	_____
C	36	_____
A	35 (75)	_____
D	34 (74)	_____
A	33 (73)	_____
	32 (72)	_____
I	31 (71)	_____
N	41 (81)	_____
F	42 (82)	_____
E	43 (83)	_____
R	44 (84)	_____
I	45 (85)	_____
O	46	_____
R	47	_____
	48	_____

**ODONTOGRAMA ANATÔMICO DA CONDIÇÃO INICIAL**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

**ODONTOGRAMA ANATÔMICO COM TRATAMENTO EXECUTADO**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

**PLANO DE TRATAMENTO**

**PLANOS DE TRATAMENTOS E ORÇAMENTO**

Opção 1:

---



---

Opção 2:

---



---

Opção 3:

---



---

Declaro que o Cirurgião-dentista / Equipe / Clínica / Estabelecimento de Saúde

---

esclareceu-me adequadamente sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, bem como sobre o fato de que o alcance dos objetivos esperados dependerá da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada e de minha participação e cooperação nos cuidados pessoais e na observação fiel das prescrições, encaminhamentos, solicitações de exames auxiliares, no comparecimento regular às consultas e no seguimento das demais orientações e recomendações feitas pelo Profissional e/ou sua Equipe.

Declaro, ainda, que estou ciente de que eventuais ausências às consultas, mesmo que justificadas, e o não atendimento das orientações profissionais poderão prejudicar o alcance dos objetivos pretendidos com o tratamento, uma vez que a Odontologia não é uma ciência exata, sofrendo limitações e variações para cada paciente e tipo de procedimento e materiais utilizados. Informo que estou ciente de que, no curso do tratamento, dependendo da resposta biológica individual do meu organismo ou da situação clínica evidenciada, poderá haver a necessidade de alteração do Plano de Tratamento, da técnica a ser empregada e, conseqüentemente, do valor do tratamento, situação em que serei informado, para minha concordância ou não. Por fim, aceito e autorizo a execução do tratamento, na Opção \_\_\_\_\_ por mim escolhida, de forma esclarecida e livre, bem como manifesto ciência e anuência relativas aos valores de honorários apresentados.

***Obs.: APÓS A ESCOLHA DO PLANO DE TRATAMENTO PELO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL, PASSA A SER INDICADA A ELABORAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESPECÍFICO E DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS. (Apagar esta observação no uso do modelo)***

Local e data.

---

Assinatura do Paciente e/ou Responsável Legal

---

Assinatura e carimbo do Cirurgião-dentista

**FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA E INTERCORRÊNCIAS**



***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 02***

*Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)*

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos, de um lado, como Contratante:

### **PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_

Este por seu(sua):

### **RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E, de outro lado, como Contratado:

### **CIRURGIÃO-DENTISTA**

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CRO-UF: \_\_\_\_\_  
Endereço profissional: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

OU

E, de outro lado, como Contratada:

### **CLÍNICA**

Razão Social / Nome Fantasia: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_ CRO-UF(EPAO): \_\_\_\_\_  
Endereço/Sede: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

têm entre si, justas e contratadas, na melhor forma do direito, as seguintes cláusulas e condições:

### **Cláusula Primeira – Do Objeto**

O presente contrato destina-se à prestação de serviços odontológicos, pelo Cirurgião-dentista e sua

Equipe / pela Clínica Odontológica ao paciente acima registrado, no endereço profissional grafado ou em outro local profissional indicado, desde que previamente notificado o paciente, de acordo com o Plano de Tratamento proposto, discutido e aprovado, em escolha autônoma e esclarecida pelo paciente, dentre as alternativas aplicáveis ao seu caso clínico, como documento constante do Prontuário do Paciente, que passa a fazer parte do presente contrato como anexo seu, ou que abaixo segue descrito em seus procedimentos detalhados:


### **Cláusula Segunda – Do Valor e Da Forma de Pagamento dos Honorários**

O valor total contratado, incluídos honorários profissionais e materiais, relativos aos serviços odontológicos a serem prestados é de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), na forma da previsão inicial descritiva previamente aprovada e seu pagamento deverá ser realizado conforme abaixo:

*(Descrever a forma de pagamento pactuada: se em parcela única ou em quantas parcelas, com indicação de datas de adimplemento e respectivos valores; se por meio de boleto, depósito bancário, PIX ou cartão de crédito ou débito)*

Data	Valor	Data	Valor

Parágrafo 1º - O valor dos honorários acima registrado poderá sofrer alteração, caso seja necessário modificar o Plano de Tratamento inicialmente aprovado, diante da constatação de questões técnicas supervenientes, se houver requerimento do paciente ou por intercorrências que inviabilizem sua execução, sendo necessário que as partes deliberem, formalmente, sobre os novos procedimentos e valores ajustados, bem como sobre a forma de pagamento ou devolução da eventual diferença.

Parágrafo 2º - Os pagamentos vencidos e efetuados fora dos prazos previstos, estarão sujeitos a atualização monetária, a multa de 2% (dois por cento) e a juros de mora de 1% (um por cento) ao mês.

Parágrafo 3º - O inadimplemento das obrigações financeiras por parte do paciente contratante poderá implicar na rescisão do presente contrato, podendo ser cobradas as parcelas vencidas, relativas a procedimentos concluídos ou mesmo a etapas efetivamente realizadas, pelas vias administrativa ou judicial.

### **Cláusula Terceira – Do Prazo de Duração do Tratamento**

O prazo para conclusão do Plano de Tratamento é estimado em \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) meses, podendo ser diminuído ou aumentado em até 50% (cinquenta por cento) do prazo, de forma justificada pelo profissional assistente/pela Clínica Odontológica. O atraso na conclusão do tratamento sem justificativa plausível, poderá ensejar, a requerimento do paciente contratante, a interrupção do tratamento e a devolução dos valores porventura adiantados, referentes às etapas ou aos procedimentos não concluídos, não implicando, neste caso, em qualquer tipo aplicação de penalidade ao contratado/à contratada.

Parágrafo 1º - Eventual dilação do prazo para prestação dos serviços, sobre o que desde já estão cientes e anuentes as partes contratantes, pode ser decorrente de justificativas como: interferências biológicas em resposta individual do organismo do paciente, faltas/ausências ou não assiduidade pelo paciente, falta de cuidado ou não observação/seguimento de orientações/recomendações/prescrições profissionais pelo paciente, repetições de trabalhos protéticos não aprovados, dentre outras.

### **Cláusula Quarta – Das Garantias**

O paciente foi prévia e devidamente informado sobre propósitos, objetivos, alternativas aplicáveis, aspectos positivos, limitações, riscos e custos do tratamento eleito, bem como de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os objetivos esperados–poderão não se concretizar na forma planejada, face a uma possível resposta biológica insatisfatória do paciente, por potencial interferência do fator relacionado à participação, à colaboração, ao compromisso e ao seguimento, pelo paciente, de orientações, recomendações e prescrições passadas pelo profissional, e mesmo pela própria limitação da ciência.

Parágrafo 1º - Ao profissional caberá a aplicação prudente e diligente de técnicas odontológicas consagradas, em uso de materiais regulares, de acordo com o caso clínico, conforme suas necessidades e procedimentos contratados, sem qualquer promessa de resultado ou fim específico.

Parágrafo 2º - Caso ocorra eventual vício ou defeito dentro do prazo de 90 (noventa) dias e confirmada a impropriedade técnica, o serviço/procedimento será refeito sem ônus adicionais para o paciente.

Parágrafo 3º - Se houver a intervenção de terceiro, profissional estranho ao presente pacto, em mesma região e/ou dente tratado pelo contratado/pela contratada, mesmo que dentro do prazo de 90 (noventa) dias, não se responsabilizará o contratado/a contratada nem arcará este/esta com eventual repetição de procedimento ou dano.

### **Cláusula Quinta – Das Obrigações do Contratado**

O Cirurgião-dentista contratado/A Clínica contratada se compromete a: assumir a responsabilidade pelos serviços prestados; zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; resguardar a privacidade do paciente; observar os deveres de confidencialidade e de sigilo; aplicar técnicas e recursos atuais e consagrados; utilizar materiais de qualidade e adequados à execução do Plano de Tratamento aprovado; executar todos os procedimentos contratados.

### **Cláusula Sexta – Das Obrigações do Contratante**

O paciente/Responsável Legal se compromete a: participar do tratamento com compromisso e cooperação; seguir rigorosamente as orientações/recomendações/prescrições passadas pelo Cirurgião-Dentista; comunicar, imediatamente, qualquer alteração/sinal/sintoma relacionado ao tratamento realizado; comparecer assídua e pontualmente às consultas marcadas; justificar eventual falta com antecedência mínima de \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) horas.

Parágrafo 1º - O contratante reconhece a obrigação de comunicar qualquer mudança/alteração ou intercorrência em seu estado de saúde/no estado de saúde do paciente sob sua responsabilidade, que possa interferir no tratamento odontológico pactuado.

Parágrafo 2º - As faltas não justificadas, conforme preceitua a Cláusula Sexta, poderão ser cobradas no valor correspondente a uma consulta.

### **Cláusula Sétima – Da Confidencialidade e Do Sigilo**

O Cirurgião-dentista contratado/A Clínica contratada se compromete a manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações e documentos relativos ao paciente, inclusive sobre seu histórico médico e odontológico, exceto quando for necessário divulgar a terceiros pertencentes a Equipe Multidisciplinar, em situações específicas de divulgação, com a devida autorização do contratante, ou por exigência administrativa, legal e judicial.

### **Cláusula Oitava – Da duração do Contrato**

O presente contrato tem duração pelo período necessário para a realização completa do tratamento, conforme especificado no Plano de Tratamento aprovado e eleito, desde que o paciente compareça às consultas previamente agendadas.

Parágrafo único - O paciente/Responsável Legal desde já se declara ciente de que faltas sucessivas ou o abandono do tratamento poderá acarretar prejuízos à sua saúde/à saúde do paciente, inclusive com perda de procedimentos realizados, podendo ensejar repetição destes, com estipulação de novos honorários, ou mesmo com agravamento do estado inicial, não sendo necessária a tentativa de contato com o paciente pelo contratado/pela contratada para que o abandono fique caracterizado.

### **Cláusula Nona – Da Rescisão**

Este contrato poderá ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer das partes, sem a necessidade de justificativas específicas, cabendo, neste caso, ônus ou cobrança dos valores relativos aos trabalhos/procedimentos realizados, mesmo que não totalmente concluídos, restando claro o direito de recebimento de honorários pelo contratado relativos a cada etapa efetivamente concluída.

Parágrafo 1º - Será caracterizado o abandono de tratamento pelo paciente quando este: faltar a 03 (três) consultas consecutivas, independentemente de justificativa; ou se ausentar por período superior a 30 (trinta) dias, independentemente de justificativa, salvo se por recomendação profissional ou de comum acordo com o profissional assistente.

Parágrafo 2º - Para os efeitos legais, será considerado rescindido o contrato por iniciativa do paciente se este incorrer em abandono do tratamento.

Parágrafo 3º - O contratado/A contratada poderá rescindir o contrato caso o contratante não cumpra com suas obrigações financeiras conforme pactuado ou caso o paciente não siga adequada e criteriosamente as orientações, recomendações e prescrições odontológicas que lhe forem passadas, comprometendo a eficácia e a segurança do tratamento.

#### **Cláusula Dez – Do Foro**

Para dirimir quaisquer dúvidas sobre o presente contrato, fica eleito, preferencialmente, o foro da Cidade de \_\_\_\_\_, sede da parte contratada.

#### **Disposições finais**

E por estarem de acordo com as condições acima descritas, assinam o presente contrato, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que produza todos os efeitos legais.

Local e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Responsável Legal  
Contratante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cirurgião-dentista  
Contratado

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1  
NOME:  
CPF/MF:

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2  
NOME:  
CPF/MF:

***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 03***

*Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)*

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
RG de nº \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_.

**RESPONSÁVEL LEGAL:** \_\_\_\_\_ RG de  
nº \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_.

**CLÍNICA** \_\_\_\_\_ EPAO \_\_\_\_\_  
**CIRURGIÃO-DENTISTA** \_\_\_\_\_  
CRO-UF \_\_\_\_\_ CPF/ CNPJ \_\_\_\_\_.

Declaro, de forma voluntária, livre e esclarecida, por meio deste Termo de Consentimento, que recebi todas as informações e explicações sobre o meu caso clínico e sobre a minha condição de saúde atual, de forma compreensível e com linguagem não técnica, em avaliação profissional geral e específica, reconhecendo terem sido a mim esclarecidas as principais alternativas indicadas para o meu tratamento, e as respectivas técnicas melhor adequadas para as minhas necessidades, na forma registrada abaixo, nos itens 1 a 9, bem como ter conversado com o Profissional Assistente sobre os aspectos importantes de cada uma destas possibilidades de tratamento, em explicações detalhadas sobre pontos positivos (benefícios e vantagens), pontos negativos (possíveis malefícios ou desvantagens), limitações, riscos específicos dos procedimentos, custos e etapas/passos de cada um dos procedimentos ofertados e, em reforço e retomada de orientações, sobre aqueles que foram de minha escolha informada e consciente.

Assumo o compromisso de comparecer às consultas/sessões agendadas, de buscar marcar os atendimentos de forma contínua, sem interrupções injustificadas, de seguir as recomendações/prescrições diversas, sejam estas passadas para antes ou para após atendimentos (pré e/ou pós-operatórias), de tomar os devidos cuidados com a higienização bucal e com a região tratada, a cada procedimento realizado, em atenção às orientações que receber durante o tratamento e em cuidados preventivos após este.

Estou ciente de que deverei realizar exames auxiliares/complementares que me forem solicitados, no tempo indicado ou no menor prazo possível, reconhecendo serem estes fundamentais para o desenvolvimento do tratamento e o devido acompanhamento de minha saúde bucal.

Sei que não é possível ao Cirurgião-dentista se comprometer a um fim ou resultado específico com relação aos procedimentos de tratamento a que me submeterei, mas que serão aplicados por ele, com zelo e eficiência, conforme as técnicas conhecidas e aceitas para uma prática odontológica de acordo com a atual ciência consagrada. Nesse sentido, aponto que estou ciente de poder algum tratamento, portanto, não alcançar o objetivo esperado, bem como de que foi comigo discutido sobre poderem os tempos de cada procedimento/tratamento ou períodos de recuperação ser apenas estimados, não precisos, por haver interferência de fatores como a resposta individual de meu organismo e minha efetiva frequência e participação no tratamento.

Especificamente sobre o tratamento planejado, estou ciente:

1 - Tratamento proposto e técnica(s) escolhida(s):

---

---

---

2 - Objetivos esperados com o tratamento e prazo estimado:

---

---

---

3 - Aspectos positivos:

---

---

---

4 - Riscos e complicações inerentes aos procedimentos, possíveis reações adversas ou aspectos negativos:

---

---

---

5 - Eventuais possíveis outros procedimentos/tratamentos em caso de necessidade de alteração do planejamento inicial ou de complicações no tratamento proposto/realizado:

---

---

---

6 - Riscos e consequências em caso de não realização do tratamento proposto por decisão do paciente:

---

---

---

7 - Limitações do caso clínico e/ou de técnicas propostas:

---

---

---

8 - Conduta a ser adotada em caso de eventual insucesso do tratamento:

---

---

---

9 - Apontamento específico relevante:

---

---

---

DECLARO ter recebido do Profissional Assistente e/ou de sua Equipe todas as informações claras, precisas e compreensíveis sobre o tratamento pelo qual optei, detalhadas nos itens 1 a 9, e reconheço que todas as dúvidas que manifestei foram esclarecidas. Estou ciente de que a resposta do meu organismo é individual e não totalmente previsível, assim como de que os eventuais riscos e intercorrências acima descritos são possíveis de ocorrer durante o tratamento. DOU, portanto, MEU CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para a realização do tratamento, e comprometo-me a seguir rigorosamente as orientações relativas à minha participação, em especial, com relação às instruções de higienização, de alimentação, de limitação de hábitos e de atenção aos cuidados durante o tratamento, para que os objetivos planejados possam ser buscados e alcançados.

Local e data.

---

**Paciente/Responsável Legal**

---

**Cirurgião-dentista**

***Obs.:** RECOMENDA-SE QUE, NOS CASOS DE PROCEDIMENTOS DE MAIOR COMPLEXIDADE, RISCO DE SEQUELAS E EM TRATAMENTO DE ALTO CUSTO, SEJA REGISTRADA EM ÁUDIO E VÍDEO (FILMADA) A CONSULTA DE ESCLARECIMENTO E ASSINATURA DE CONSENTIMENTO, PARA MAIOR FIDEDIGNIDADE EM UMA EVENTUAL NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO DEVER DE INFORMAÇÃO. (Apagar esta observação no uso do modelo)*

***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 04***



***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 05***



***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 06***

Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

*Observações:*

1. SERÃO APRESENTADOS A SEGUIR DIFERENTES MODELOS DE ATESTADOS E DE DECLARAÇÕES, DEVENDO SER ELEITO AQUELE QUE FOR APLICÁVEL AO CASO CLÍNICO E À SOLICITAÇÃO ESPECÍFICA EM QUESTÃO.
2. USAR PAPEL TIMBRADO, COM OS DADOS COMPLETOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA ASSISTENTE/EMITENTE E/OU DO ESTABELECIMENTO/CLÍNICA ODONTOLÓGICA.
3. IDENTIFICAR O PACIENTE POR MEIO DE COLOCAÇÃO DO NÚMERO DE RG OU DO CPF, AFASTANDO EVENTUAL OCORRÊNCIA DE HOMÔNIMO. SE APLICÁVEL, IDENTIFICAR TAMBÉM O RESPONSÁVEL LEGAL POR SEU RG OU CPF.
4. COMO DOCUMENTO EMITIDO EM FAVOR DO PACIENTE, RECOMENDA-SE QUE SEJA GUARDADA CÓPIA EM PRONTUÁRIO, NESTA DEVENDO SER COLHIDO VISTO DE CIÊNCIA/ANUÊNCIA/RECEBIMENTO PELO PACIENTE.
5. HÁ DIFERENTES FORMAS DE REGISTRAR QUE O ATESTADO FOI FEITO A PEDIDO DO INTERESSADO OU A CIÊNCIA/ANUÊNCIA/RECEBIMENTO PELO PACIENTE OU POR SEU RESPONSÁVEL LEGAL: PODE-SE COLOCAR EXPRESSAMENTE NO TEXTO ("Atesto, a pedido do interessado, que...") OU USAR EXPRESSÕES COMO: "Ciente", "De acordo", "Recebi via idêntica".
6. COM RELAÇÃO À COLOCAÇÃO DE CÓDIGO CID, ATER-SE A COLOCAR TER SIDO SOLICITADO SUA MENÇÃO PELO PACIENTE OU POR SEU RESPONSÁVEL LEGAL, O QUE PODE SER REGISTRADO COMO ACIMA REFERIDO: PODE-SE COLOCAR EXPRESSAMENTE NO TEXTO ("Atesto, a pedido do interessado, inclusive com menção de CID por este(a) solicitada, que...") OU USAR EXPRESSÕES COMO: "Ciente", "De acordo".
7. PARA RESTAR CERTO O PERÍODO DE EFETIVA VIGÊNCIA DO ATESTADO, COM RELAÇÃO A REPOUSO/CONVALESCENÇA, PODE SER USADO MENÇÃO EM HORAS (COMO: "necessitando de 24 horas de repouso", o que estará associado ao final do período de atendimento) OU EM DIAS (COMO: "necessitando de 02 dias de repouso", o que pede seja definido o dia de início, caso não se queira computar o dia do atendimento).
8. DEVE-SE COLOCAR O FIM ESPECÍFICO ("para fins escolares/desportivos/trabalhistas"), EVITANDO-SE O USO DE EXPRESSÃO GENÉRICA ("para os devidos fins").
9. AO FINAL, DEVEM SER COLOCADOS: O LOCAL, A DATA E A ASSINATURA DO PROFISSIONAL, SENDO QUE, ABAIXO DESTA, DEVE HAVER MENÇÃO (IMPRESSA E/OU POR MEIO DE CARIMBO) DOS SEGUINTE DADOS: NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL ("Dr. Fulano de Tal"), A DESIGNAÇÃO DE "Cirurgião-dentista" E O NÚMERO DE INSCRIÇÃO DESTE NO CRO-UF.

*(Apagar estas observações no uso do modelo)*

## **ATESTADO ODONTOLÓGICO**

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ (especificar o fim: trabalhistas / escolares; "de apresentação junto" "à Escola Tal" / "à Empresa Tal") e a pedido do(a) interessado(a), que o(a) paciente \_\_\_\_\_ (nome completo do paciente),  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_ (marcar qual o documento e colocar número), esteve sob meus cuidados profissionais na presente data, no horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas, necessitando de \_\_\_\_\_ (especificar número de horas ou de dias) de afastamento de suas atividades a partir desta data.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: (assinatura do paciente, na via a ser arquivada pelo profissional)

### **ATESTADO ODONTOLÓGICO**

PACIENTE: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
telefone \_\_\_\_\_.

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) interessado(a), inclusive com menção de Código CID por este(a) solicitado, que o(a) paciente acima qualificado(a) esteve sob os meus cuidados profissionais em virtude de CID – 11 nº \_\_\_\_\_, tendo sido submetido(a) a tratamento odontológico no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_, período \_\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_, sendo-lhe recomendado repouso (pode-se colocar "domiciliar") por \_\_\_\_ (\_\_\_\_) horas, além da necessidade de seguir as orientações e tomar os medicamentos que lhe foram prescritos.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: (assinatura do paciente, na via a ser arquivada pelo profissional)

## ATESTADO ODONTOLÓGICO

PACIENTE: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço  
\_\_\_\_\_  
telefone \_\_\_\_\_.

RESPONSÁVEL LEGAL: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço  
\_\_\_\_\_  
telefone \_\_\_\_\_.

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) Responsável Legal pelo(a) menor, que o(a) paciente acima qualificado(a) esteve sob os meus cuidados profissionais, tendo sido submetido(a) a tratamento odontológico no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_, período \_\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_, sendo-lhe recomendado repouso por \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) horas, além da necessidade de seguir as orientações e retornar conforme agendado.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: **(assinatura do responsável legal, na via do profissional)**

## **ATESTADO ODONTOLÓGICO**

Atesto, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) Responsável Legal \_\_\_\_\_ ("Fulano de Tal"),  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, que o(a) menor \_\_\_\_\_ ("Beltrano de Tal"),  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, esteve sob os meus cuidados profissionais, nesta data, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_, sendo-lhe recomendado repouso por \_\_\_\_ (colocar número de dias) (\_\_\_\_\_) (colocar dias por extenso), ou seja, nos dias \_\_\_\_ e/a \_\_\_\_ do corrente mês.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

Ciente / De acordo: (assinatura do responsável legal, na via do profissional)

## DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

PACIENTE: \_\_\_\_\_,  
CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
telefone \_\_\_\_\_.

RESPONSÁVEL LEGAL:  PAI /  MÃE /  TUTOR /  CURADOR  
\_\_\_\_\_, CPF/MF de  
nº \_\_\_\_\_, Registro Geral \_\_\_\_\_, endereço  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
telefone \_\_\_\_\_.

Declaro, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a).  
\_\_\_\_\_ compareceu no meu Consultório Odontológico (ou na Clínica  
Odontológica "Tal"), acompanhando o(a) paciente acima qualificado(a) (se menor, idoso ou  
incapaz), o(a) qual esteve sob os meus cuidados profissionais, para tratamento odontológico, no dia  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_, período \_\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

## **DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO**

Declaro, para fins \_\_\_\_\_ e a pedido do(a) interessado(a), que o(a) Sr(a).  
\_\_\_\_\_,  RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, Responsável  
Legal pelo(a) menor \_\_\_\_\_,  RG /  CPF/MF de nº  
\_\_\_\_\_, acompanhou o(a) filho(a) durante tratamento odontológico por mim realizado, no  
dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_, das \_\_\_\_:\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_.

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 07***

*Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)*

## **RECEITA**

**Nome completo do Profissional**  
**Designação de Cirurgião-dentista**  
**Número de inscrição no CRO-UF**  
**Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)**

Telefone para contato

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
**(colocar nome completo)**

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

*(para evitar eventual homônimo)*

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

*(opcional, mas recomendado)*

Endereço: \_\_\_\_\_

*(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)*

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Via de administração *(Se enteral ou parenteral: "Uso Interno" / "Uso Externo")*

Nome genérico da droga – Concentração – Quantidade – Forma de apresentação

Posologia/Dosagem – Intervalo entre doses – Duração do tratamento

Recomendações *(estas podem ser colocadas no verso da Receita)*

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

# **RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL**

## **RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL**

### **IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL + Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

**OU**

NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + CIDADE + UF

TELEFONE (*opcional*)

### **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

### **PRESCRIÇÃO**

**DATA:**

**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:**

### **IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME COMPLETO:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

---

VERSO\*

\*IMPRESSÃO OPCIONAL. CONFORME PORTARIA Nº 6/99, ARTIGO 85, ALÍNEA C, ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO PELA FARMÁCIA NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO.

**DADOS DOS PRODUTOS DISPENSADOS**

1) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

2) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

3) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DISPENSADOR**

NOME COMPLETO:

CNPJ ou CNES:

NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO:

ASSINATURA:

DATA:



# NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

<p><b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b></p> <p>NÚMERO: <input type="text"/></p> <p>DATA: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR: _____</p> <p>PACIENTE: _____</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____</p>	<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b></p> <p>NOME DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF</p> <p>ou</p> <p>NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE</p>	<p><b>PRESCRIÇÃO</b></p> <p>NOME DO MEDICAMENTO:</p> <p>CONCENTRAÇÃO:</p> <p>FORMA FARMACÊUTICA:</p> <p>QUANTIDADE:</p> <p>POSOLOGIA:</p>
	<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b></p> <p>NOME:</p> <p>CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:</p> <p>ENDEREÇO COMPLETO:</p> <p>TELEFONE:</p>	
	<p><small>NOME DA GENÉRICA, CNPJ, COM ENDEREÇO COMPLETO</small></p>	

**RECEITA MAGISTRAL**  
**PARA A FARMÁCIA**

**Nome completo do Profissional**  
**Designação de Cirurgião-dentista**  
**Número de inscrição no CRO-UF**  
**Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)**

Telefone para contato

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
**(colocar nome completo)**

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

**(para evitar eventual homônimo)**

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**(opcional, mas recomendado)**

Endereço: \_\_\_\_\_

**(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)**

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Nome da Farmácia de Manipulação**  
**Endereço**

Telefone para contato

Nome da droga/substância (DCB – Denominação Comum Brasileira)

Forma farmacêutica

Dosagem – Concentração

Quantidade

**(Especificar para cada fármaco componente da fórmula a ser manipulada)**

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

## **PARA O PACIENTE**

**Obs.:** *ESTA SEGUE O PADRÃO DA RECEITA SIMPLES. (Apagar esta observação no uso do modelo)*

**Nome completo do Profissional**  
**Designação de Cirurgião-dentista**  
**Número de inscrição no CRO-UF**  
**Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)**

Telefone para contato

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **(colocar nome completo)**

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

**(para evitar eventual homônimo)**

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**(opcional, mas recomendado)**

Endereço: \_\_\_\_\_

**(colocar endereço, por haver previsão legal de sua menção)**

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Via de administração **(Se enteral ou parenteral: "Uso Interno" / "Uso Externo")**

Nome da droga – Concentração – Quantidade – Forma de apresentação

Posologia/Dosagem – Intervalo entre doses – Duração do tratamento

Recomendações **(estas podem ser colocadas no verso da Receita)**

Local (cidade e estado) e data (dia, mês e ano).

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 08***

*Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)*

***Obs.:** USAR PAPEL TIMBRADO OU COLOCAR DADOS COMPLETOS: NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL ASSISTENTE, DESIGNAÇÃO DA PROFISSÃO DE CIRURGIÃO-DENTISTA, NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CRO-UF, ENDEREÇO PROFISSIONAL, TELEFONE PARA CONTATO. (Apagar esta observação no uso do modelo)*

## **ENCAMINHAMENTO MÉDICO**

**Nome completo do Profissional**  
**Designação de Cirurgião-dentista**  
**Número de inscrição no CRO-UF**  
**Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)**

Telefone para contato

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
**(colocar nome completo)**

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (recomendado)

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Solicitação de Avaliação, Conduta e Parecer Médico no campo da \_\_\_\_\_. (descrever a área/especialidade da Medicina a ser consultada)

Encaminho o(a) paciente acima qualificado(a) para sua avaliação e/ou conduta médica, informando que o mesmo possui necessidade de realizar procedimento odontológico de \_\_\_\_\_ (descrever, de forma detalhada, em que consiste o procedimento odontológico planejado), a ser realizado sob anestesia local, com expectativa de duração de aproximadamente \_\_\_\_ (\_\_\_\_) hora(s).

Solicito que seja especificado no Parecer Médico se o(a) referido paciente está apto a ser submetido ao procedimento, com apontamento sobre eventuais observações e/ou cuidados médicos específicos, no pré e no pós-procedimento.

Em Anamnese/Inventário de Saúde o(a) paciente relatou os seguintes aspectos relevantes: (apontar eventual condição, patologia ou uso de medicação informada pelo paciente) \_\_\_\_\_

Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

## **ENCAMINHAMENTO ODONTOLÓGICO**

**Nome completo do Profissional**  
**Designação de Cirurgião-dentista**  
**Número de inscrição no CRO-UF**  
**Endereço do Consultório/Clínica (local de trabalho)**

Telefone para contato

**Paciente:** \_\_\_\_\_  
(colocar nome completo)

RG /  CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(recomendado)

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Solicitação de Avaliação, Conduta e Parecer Odontológico no campo da \_\_\_\_\_.

(descrever a área/especialidade da Odontologia a ser consultada)

Encaminho o(a) paciente acima qualificado(a) para sua avaliação e/ou conduta odontológica, informando que o mesmo possui necessidade de realizar procedimento de

\_\_\_\_\_ (descrever, de forma detalhada, em que consiste o procedimento odontológico planejado).

Dentes e área/região a serem avaliados:

\_\_\_\_\_  
Solicito que seja especificado no Parecer Odontológico apontamento sobre sua análise especializada, detalhamento de procedimento e/ou conduta realizada, bem como eventuais observações e/ou cuidados específicos que entender pertinentes.

Em Anamnese/Inventário de Saúde o(a) paciente relatou os seguintes aspectos relevantes:  
(apontar eventual condição, patologia ou uso de medicação informada pelo paciente)

\_\_\_\_\_  
Local e data.

Assinatura

Carimbo com dados completos

(Dr. Nome/Sobrenome, Cirurgião-dentista, CRO-UF XXX)

***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 09***

*Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)*

## **RECIBOS DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

### **RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS/EXAMES/MODELOS**

Declaro ter recebido, na presente data, os documentos, exames e/ou modelo(s) abaixo elencados e marcados, manifestando ter recebido orientações, ter sido alertado e ter, portanto, ciência de que estes são importantes registros técnicos de minha condição de saúde, em diferentes períodos, estando, pois, consciente de que isto os torna fundamentais para que um Cirurgião-dentista possa estabelecer adequado diagnóstico, planejamento e/ou acompanhamento de meu caso clínico, no momento presente ou mesmo em análise ou uso futuro.

Assim, ao recebê-los,  em meio físico /  em arquivo digital, assumo ser de minha inteira responsabilidade a guarda destes, em adequado acondicionamento e em segurança, confidencialidade e sigilo de acesso, isentando o profissional e/ou estabelecimento de saúde de qualquer responsabilidade para com os referidos documentos/itens ora entregues, para nada mais poder reclamar ou solicitar com relação aos mesmos.

1.  Fotografias: \_\_\_\_\_  
(especificar tipo/padrão, quantidade, data de tomada, meio de apresentação/entrega – impressa/digital – e outro dado relevante)
2.  Escaneamento: \_\_\_\_\_  
(especificar dentes/arco/região, data de tomada ou outro dado relevante)
3.  Pasta Ortodôntica: \_\_\_\_\_  
(especificar conteúdo, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)
4.  Radiografia Periapical: \_\_\_\_\_  
(especificar dente(s), número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)
5.  Radiografia *Bitewing*/Interproximal: \_\_\_\_\_  
(especificar dentes, número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)
6.  Radiografia Panorâmica: \_\_\_\_\_  
(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)
7.  Radiografia Cefalométrica/Telerradiografia: \_\_\_\_\_  
(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)
8.  Radiografia Oclusal: \_\_\_\_\_  
(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)
9.  Tomografia Computadorizada: \_\_\_\_\_  
(especificar região/cortes, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)
10.  Ressonância Magnética: \_\_\_\_\_  
(especificar região, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

11.  Sialografia: \_\_\_\_\_

(especificar região/glândula, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

12.  Modelo de gesso: \_\_\_\_\_

(especificar arco dental, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame e outro dado relevante)

13.  Laudo(s) de Exame(s): \_\_\_\_\_

(especificar a que exame se refere, Clínica em que o laudo foi emitido e/ou profissional responsável, data do exame/laudo, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

14.  Outro(s): \_\_\_\_\_

(especificar)

Entrega em meio convencional/físico – Itens: \_\_\_\_\_

Entrega em arquivo digital por meio do dispositivo \_\_\_\_\_

– Itens:

Entrega em arquivo digital para o endereço eletrônico indicado pelo Paciente Solicitante

– Itens, a saber: \_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura do paciente

## **RECIBO DE ENTREGA DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO**

Recebi, na presente data, a cópia integral do meu Prontuário Odontológico referente ao tratamento com o profissional/Clinica \_\_\_\_\_, contendo \_\_\_\_\_ folhas.

Manifesto ter recebido orientações, ter sido alertado e ter, portanto, ciência de que os dados constantes do meu Prontuário Odontológico são importantes registros técnicos de minha condição de saúde, em diferentes períodos, estando, pois, consciente de que isto os torna fundamentais para que um Cirurgião-dentista possa estabelecer adequado diagnóstico, planejamento e/ou acompanhamento de meu caso clínico, no momento presente ou mesmo em análise ou uso futuro.

Assim, ao recebê-lo,  em meio físico /  em arquivo digital, assumo ser de minha inteira responsabilidade a guarda deste, em adequada segurança, confidencialidade e sigilo de acesso, isentando o profissional e/ou estabelecimento de saúde de qualquer responsabilidade para com o referido documento ora entregue, seja relativo a avaria, a perda, ao extravio e/ou ao vazamento de informações, para nada mais poder reclamar ou solicitar com relação ao mesmo.

Entrega em meio físico – Nº de Folhas: \_\_\_\_\_

Cópias:  coloridas  em preto e branco

Entrega em arquivo digital por meio do dispositivo – Itens: \_\_\_\_\_

Entrega em arquivo digital para o endereço eletrônico indicado pelo Paciente Solicitante – Itens, a saber:

\_\_\_\_\_

Local e data

Assinatura do paciente

***Manual do Prontuário do  
Paciente em Odontologia***

***ANEXO 10***

*Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)*

## **AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGEM E VOZ**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
brasileiro(a), \_\_\_\_\_ (estado civil), RG de nº \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor  
\_\_\_\_\_, CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na

\_\_\_\_\_  
venho, por meio deste termo, espontânea e livremente, **AUTORIZAR** o uso de dados do meu Prontuário Odontológico, de minhas imagens, áudios, vídeos, relativos ao tratamento odontológico a que me submeto com o Cirurgião-dentista/Clínica \_\_\_\_\_, para fins diversos de divulgações de assuntos odontológicos, em específico, \_\_\_\_\_ (especificar os meios em que haverá a divulgação/publicação dos dados/do caso clínico), abdicando de qualquer direito ou remuneração pelo uso destes registros, tendo a mim sido garantido que o profissional/estabelecimento sempre observará os preceitos éticos e legais vigentes, relativos à Odontologia e previstos em legislação aplicável.

Fica o profissional/Clínica acima registrado, entretanto, obrigado a não mais usar os dados e, sendo aplicável e possível, a remover eventuais publicações neste ato autorizadas, se vier eu, a qualquer tempo, a usar da prerrogativa de revogação desta autorização.

Em manifestação autônoma de consentimento, de forma livre e esclarecida, firmo o presente, na forma da Lei 13.709, de 14 agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Local e data.

Assinatura do Paciente

## **AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS, IMAGEM E VOZ (PACIENTE MENOR)**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
brasileiro(a), \_\_\_\_\_ (estado civil), RG de nº \_\_\_\_\_ - Órgão Expedidor  
\_\_\_\_\_, CPF/MF de nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na

\_\_\_\_\_,  
**RESPONSÁVEL LEGAL** pelo(a) paciente menor

\_\_\_\_\_, (nome completo), RG de nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, - Órgão Expedidor \_\_\_\_\_, CPF/MF de nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, venho, por meio deste termo, espontânea e livremente, **AUTORIZAR** o uso de dados do Prontuário Odontológico do menor acima qualificado, bem como de suas imagens, áudios, vídeos, relativos ao tratamento odontológico a que se submete com o Cirurgião-dentista/Clínica

\_\_\_\_\_, para fins diversos de divulgações de assuntos odontológicos, em específico, \_\_\_\_\_ (especificar os meios em que haverá a divulgação/publicação dos dados/do caso clínico), abdicando de qualquer direito ou remuneração pelo uso destes registros, tendo a mim sido garantido que o profissional/estabelecimento sempre observará os preceitos éticos e legais vigentes, relativos à Odontologia e previstos em legislação aplicável.

Fica o profissional/Clínica acima registrado, entretanto, obrigado a não mais usar os dados e, sendo aplicável e possível, a remover eventuais publicações neste ato autorizadas, se vier eu, como Responsável Legal, a qualquer tempo, a usar da prerrogativa de revogação desta autorização.

Em manifestação autônoma de consentimento, de forma livre e esclarecida, firmo o presente, na forma da Lei 13.709, de 14 agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).

Local e data.

Assinatura do Paciente



## **FAQ - PERGUNTAS FREQUENTES**

### **1. Qual é o principal objetivo do Manual apresentado pelo Conselho Federal de Odontologia?**

É fornecer orientações e sugerir modelos para a elaboração e a aplicação criteriosa do Prontuário do Paciente na rotina da prática profissional odontológica. Isso visa garantir que os registros atendam às exigências éticas e legais, contribuindo para um exercício responsável, cuidadoso e seguro da odontologia.

### **2. Quais são as principais funções do Prontuário Odontológico do Paciente?**

As principais funções do Prontuário Odontológico são:

- Saúde e Clínica: Registro da condição de saúde do paciente e dos tratamentos realizados.
- Administrativa e Financeira: Gestão do tratamento e controle financeiro.
- Legal: Cumprimento das exigências legais e éticas, além de servir como meio de prova em questões jurídicas.
- Ética: Proteção do paciente e do profissional, assegurando que os tratamentos sigam os preceitos do Código de Ética Odontológica.
- Social: Fornecer dados para análises epidemiológicas e políticas públicas.

### **3. O que constitui o Prontuário do Paciente?**

O Prontuário do Paciente é o conjunto de documentos que registra informações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele. Ele inclui dados clínicos, sinais, sintomas, imagens, exames laboratoriais, e outros documentos que ajudem na continuidade do tratamento e no compartilhamento de informações entre a Equipe Multiprofissional. Deve ser registrado de forma cronológica, com a data, hora, nome e visto/assinatura do Paciente/Responsável Legal e do Profissional Assistente ou daquele que executou o procedimento.

### **4 O que deve constar na identificação do Profissional ou da Entidade Prestadora de Assistência Odontológica?**

A identificação do profissional deve conter nome completo, número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) da jurisdição, qualificações profissionais (Clínico Geral ou Especialista, se aplicável), e contatos como endereço e telefone.

Caso a assistência seja prestada por uma Pessoa Jurídica (EPAO), devem constar os dados da entidade e do Responsável Técnico.

#### **5. Quais informações devem constar na Ficha Clínica do Prontuário do Paciente?**

A Ficha Clínica deve conter informações pessoais do paciente, como nome completo, idade, gênero, endereço, telefone, número de identificação (como RG ou CPF), além de informações sobre o histórico de saúde, como doenças pré-existentes, alergias, medicações em uso e histórico odontológico e médico. Deve também incluir a anamnese detalhada, que é a coleta de informações sobre a saúde geral, loco-regional e hábitos do paciente, bem como o exame físico realizado pelo profissional.

#### **6. Qual a diferença de aplicação entre a assinatura do paciente e a assinatura do profissional no prontuário?**

A assinatura do paciente no prontuário indica que houve bilateralidade (as duas partes – profissional e paciente participaram, interagiram) na pactuação. Remete à ideia de que o paciente leu e entendeu as informações relacionadas ao seu tratamento, por exemplo, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No Plano de Tratamento, expressa a manifestação de vontade, de escolha do paciente. Na Evolução e Intercorrências, permite argumentar que o paciente tomou ciência e consentiu com os procedimentos realizados. Já a assinatura do profissional demonstra quem realizou os procedimentos, e remete à ideia de que as informações registradas são verdadeiras, em expressão do efetivo pacto e/ou tratamento realizado. Além disso, a assinatura do profissional deve vir acompanhada do número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) de sua jurisdição.

#### **7. Quais são as implicações legais do Prontuário do Paciente?**

O Prontuário Odontológico tem implicações legais importantes, pois pode ser utilizado como prova em processos judiciais, como em ações que discutem ocorrência de erro profissional, que são os litígios sobre tratamentos realizados. Ele deve ser elaborado de forma precisa, completa e acessível, e deve obedecer às normas éticas e legais específicas da profissão e de normas aplicáveis (CF, CDC, CP, CC, etc.). A falta de documentação ou o registro incompleto pode prejudicar o profissional, que pode ser responsabilizado por danos ao paciente ou por condutas não registradas corretamente.

#### **8. O que deve ser feito caso haja uma falha ou erro no registro do Prontuário do Paciente?**

Caso haja uma falha ou erro no registro do prontuário, o profissional deve corrigir o erro de forma clara, sem apagar ou ocultar o conteúdo original. A correção deve ser registrada com a data, a explicação da correção e a assinatura do responsável. A correção não deve causar ambiguidades ou confusão, garantindo que a integridade do prontuário seja mantida.

### **9. Qual a função principal do Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos?**

O Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos tem a função de formalizar a relação entre o profissional (ou clínica) e o paciente, garantindo os direitos e deveres de ambas as partes. Este documento especifica o tipo de tratamento a ser realizado, valores, prazos, forma de pagamento e outras condições, oferecendo maior segurança jurídica para ambos.

### **10. O contrato odontológico pode ser feito verbalmente?**

Embora seja possível realizar o contrato verbalmente, é recomendável que seja feito por escrito, pois isso oferece maior proteção jurídica para o profissional, especialmente em caso de disputas sobre o que foi acordado. O contrato escrito também proporciona maior clareza e formalização dos termos do tratamento.

### **11. O que é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e qual é o seu objetivo?**

O TCLE é um documento que expressa o respeito à autonomia do paciente, garantindo, a depender de seu conteúdo, que ele tenha sido informado sobre todas as alternativas de tratamento, bem como sobre os aspectos relevantes positivos e negativos, riscos, limitações, etapas, custos e outros pertinentes a cada caso clínico e proposta apresentada. Esse termo deve ser obtido antes do início do tratamento, reforçado durante e novamente ao final do processo, para garantir que o paciente participe de forma consciente na escolha, no transcurso e na conclusão do tratamento.

### **12. Quando deve ser obtido o consentimento do paciente?**

O consentimento deve ser, em primeiro, obtido antes do início do tratamento, após o paciente ser informado sobre as alternativas de tratamento, benefícios, riscos, custos e ter feito sua escolha. Mas, importa salientar ser o consentimento uma elaboração processual, ou seja, em todos os passos, etapas e tempo de tratamento. O termo pode ser escrito ou registrado de forma verbal, mas a forma registrada (escrita ou filmada) oferece maior segurança jurídica para o profissional.

### **13. Qual a diferença entre atestado odontológico e declaração odontológica?**

O atestado odontológico é um documento emitido pelo Cirurgião-dentista que confirma uma condição de saúde ou doença do paciente, podendo incluir recomendações sobre repouso ou restrições. Já a declaração odontológica é usada para informar algo relativo a mero atendimento ou mesmo acompanhamento, especialmente para pacientes que necessitam de suporte de um Responsável Legal.

**14. O que o profissional não deve fazer ao emitir atestados ou declarações?**

O Cirurgião-dentista deve sempre garantir que as informações no atestado ou declaração sejam verídicas e baseadas no que foi observado e efetivamente realizado durante o atendimento. Emitir documentos falsos ou que não correspondam à realidade é uma violação ética e pode resultar em crime de Falsidade Ideológica.

**15. Qual a importância de registrar a entrega de documentos ao paciente?**

Registrar a entrega de documentos ao paciente é importante para garantir a evidência de que este é quem detém a posse/guarda dos documentos, como exames complementares diversos ou cópia do prontuário. O recibo de entrega deve especificar quais documentos foram entregues e deve ser assinado por ambas as partes, oferecendo segurança jurídica para o profissional.

**16. O que caracteriza um Prontuário Eletrônico?**

O Prontuário Eletrônico é um registro digital, utilizado por sistemas informatizados que garantem a integridade, autenticidade e segurança das informações do paciente. Ele deve seguir normas legais e ser gerido com o auxílio de tecnologias adequadas, garantindo a confidencialidade e a proteção dos dados.

**17. Qual o tempo mínimo que o Prontuário Odontológico deve ser mantido arquivado após o último atendimento do paciente de acordo com as normas éticas e jurídicas?**

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio do Parecer nº 125/92, afirma que a guarda do prontuário é uma obrigação do profissional, devendo ser arquivado, por, no mínimo, 10 (dez) anos após o último comparecimento do paciente, ou se o paciente tiver idade inferior a 18 (dezoito) anos à época do último contato profissional, 10 (dez) anos a partir do dia que o paciente tiver completado ou vier a completar os 18 (dezoito) anos.

A Lei Federal de nº 13.787/18, por sua vez, estabelece o prazo mínimo de 20 (vinte) anos a partir do último registro. Podendo esse prazo ser fixado em períodos diferenciados de acordo com eventuais estudos e pesquisas na área das ciências da saúde, bem como para fins legais e probatórios.

No Código Civil Brasileiro (2002), há um prazo prescricional das ações de 03 (três) anos para os profissionais liberais (Cirurgião-dentista). Porém, o Código Civil abre exceção para possíveis leis específicas, como o Código de Defesa do Consumidor (1990), que delimita um prazo de 05 (cinco) anos, iniciada a contagem a partir do conhecimento de eventual dano e de sua autoria.

Em literatura odontológica aplicável, existe a recomendação ou posicionamento de guarda indefinida ou indeterminada, uma vez que o prontuário pode vir a ser documento fundamental a serviço do esclarecimento da verdade e aplicação de ordem pública (exemplo da necessidade e sua potencial aplicação na identificação humana).

Em virtude disso, o procedimento mais seguro frente à documentação é a guarda do Prontuário do Paciente ao longo de toda a vida do profissional, haja vista a variedade de interpretação e da necessidade específica.

**18. Quais os procedimentos recomendados para o acesso e a entrega de cópia do prontuário ao paciente que solicita acesso à informação?**

A cópia do prontuário pode ser solicitada pelo próprio paciente, portando documentos de identificação com foto, ou por terceiro que apresente documento de identificação com foto, procuração do paciente com autorização específica para a entrega de documentos de seu prontuário, além de cópia de um documento de identificação do paciente.

**19. Quais as justificativas de quebra de sigilo profissional quanto ao Prontuário do Paciente?**

O Código de Ética Odontológica considera como justa causa:

- I – notificação compulsória de doença;
- II – colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;
- III – perícia odontológica nos seus exatos limites;
- IV – estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e,
- V – revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

**20. A quem pertence o Prontuário do Paciente e demais documentos que o compõem?**

A propriedade do prontuário é do paciente (ou seja, ele é o “dono”), porém a posse ou guarda (quem deve ficar com o prontuário) cabe ao profissional. Entretanto, este é um aspecto bastante sensível e debatido.

**21. Eu sou obrigado a devolver todas as radiografias ao paciente?**

Diante de uma solicitação, sim. Recomendando-se que o profissional mantenha uma cópia arquivada, assim como o registro de entrega dos exames ao paciente, de forma detalhada e sob visto de recebimento.

**22. Sou obrigado a seguir o modelo de prontuário do CFO ou algum outro específico?**

Não. O prontuário é documento de conteúdo variado, segundo a atuação profissional ou o caso clínico em questão. Este Manual representa uma orientação a ser considerada, em sua proposição sobre as peças fundamentais e sobre outras mais específicas ou detalhadas.

**23. Posso alterar o modelo de prontuário apresentado pelo CFO?**

Sim. Entretanto, este foi pensado e proposto em conteúdo mínimo, razoável e pertinente.

**24. Os modelos de prontuário, TCLE e contrato sugeridos nesse manual podem ser copiados e utilizados?**

Sim, mas devem ser feitas adequação e complementação conforme cada situação.

**25. Se o paciente trouxe exames que não fui eu que solicitei, eu tenho que lançar no prontuário?**

Sim, conforme pertinência e aplicação dos dados ao caso clínico específico.

**26. Pacientes menores de idade, que comparecem às consultas sem acompanhante adulto/Responsável Legal, podem assinar o prontuário?**

Conforme análise da capacidade para os atos da vida civil (prevista no Código Civil Brasileiro), pacientes menores de 16 (dezesseis) anos são absolutamente incapazes e devem, indispensavelmente, ser representados por um Responsável Legal, portanto, estes pacientes não podem assinar. E, se o paciente tem entre 16 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos incompletos, ele até pode assinar algum documento, desde que, posteriormente, essa assinatura seja corroborada por assinatura também pelo Responsável Legal, uma vez ser ainda menor a ser assistido. Aos 18 (dezoito) anos, o paciente está apto para os atos da vida civil, como pactuar, contratar, assinar.

**27. Por que se deve elaborar e manter atualizado o Prontuário do Paciente?**

Um prontuário odontológico elaborado e atualizado corretamente demonstra, dentre outros aspectos, diligência profissional, além de poder ser usado caso seja necessário em processos cíveis, criminais, éticos e de instrumento para a identificação humana.

**28. A ausência do TCLE implica em infração ética ou descumprimento à norma legal?**

Não necessariamente, porque admite-se que o consentimento livre e esclarecido possa ter sido obtido verbalmente. Mas, a expressão escrita, firmada, será sempre a forma mais clara e segura.

**29. Sou obrigado a colher assinatura ou o visto do paciente na ficha de evolução clínica para todos os procedimentos realizados?**

Não, mas é prudente colher a assinatura ou o visto para dar segurança jurídica, em demonstração de interação e de participação do paciente a cada atendimento e de forma a transformar o prontuário em um documento bilateral.

**30. Deve-se elaborar Prontuário do Paciente em contexto de atendimento de urgência e emergência?**

Sim, podendo este até ser de forma reduzida em algumas partes, mas com potencial risco de não esclarecimento adequado da verdade.

**31. Nos atendimentos de emergência, devo elaborar o TCLE?**

Certas situações específicas e extremas podem justificar a não obtenção ou postergação do TCLE, são elas:

01. Emergências;
02. Possibilidade de danos psicológicos graves;
03. Recusa do paciente de receber informação;
04. Tratamento compulsório;
05. Riscos para a saúde pública e;
06. Pessoas com problema de saúde mental grave.

**32. O Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos deve ser impresso em quantas vias?**

No mínimo, em 02 (duas) vias, sendo uma para o paciente e outra para o profissional ou estabelecimento. Lembrando que as vias devem ser idênticas em forma e em conteúdo, assim como assinadas por ambas as partes.

**33. Qual o prazo máximo de afastamento de atividades ou convalescença para o paciente que o CD pode registrar no atestado?**

Não existe nenhuma norma que defina um limite ou prazo mínimo, em relação ao tempo de afastamento do paciente das suas ocupações ou de necessária convalescença. O profissional tem autonomia para definir, de acordo com a condição do paciente, o tempo necessário para recuperação da sua saúde e/ou de sua capacidade plena. Obviamente, o prazo deve ser condizente com cada caso clínico e necessidade efetiva, real, sem exagero ou favor não pertinente, não pode ser gracioso, falso.

**34. Posso me negar a fornecer um atestado?**

O atestado é parte integrante do ato ou do tratamento, sendo o seu fornecimento direito inquestionável do paciente, não devendo importar em qualquer majoração de honorários. O Cirurgião-dentista que se negar a atestar ou declarar fato verídico e decorrente de um ato odontológico, quando solicitado pelo paciente, comete inclusive falta ética expressamente prevista no Código de Ética Odontológica.

**35. Se eu receber pedido de esclarecimento de alguma empresa acerca de atestado emitido para seu empregado, como devo proceder?**

O Cirurgião-dentista deve se abster de prestar qualquer informação sobre o tratamento do paciente por dever de sigilo. Deve reforçar ser válido o que fora atestado, tão somente isto.

**36. O atestado odontológico pode ser recusado?**

Não pode ser recusado o atestado odontológico válido. A recusa injustificada ou ilegal gera possibilidade de responsabilização a quem recusou.

**37. Os atestados odontológicos, prescrições de medicamentos e declarações podem ser assinados digitalmente?**

Sim, e, no caso das prescrições de medicamentos, estas podem ser realizadas na plataforma recomendada pelo CFO.

**38. Qualquer Cirurgião-dentista pode elaborar atestados, relatórios, declarações e pareceres sempre que solicitado?**

Sim, desde que regularmente inscrito no Conselho Regional de Odontologia e que tenha efetivamente realizado o ato odontológico no solicitante.

**39. Como o Cirurgião-dentista deve proceder para garantir a confidencialidade e a segurança dos dados contidos no Prontuário do Paciente?**

Restringindo o acesso somente a membros da sua Equipe Multiprofissional, implicando a todos os deveres de sigilo e de confidencialidade.

**40. A assinatura da testemunha pode substituir a assinatura do paciente?**

Não. Em caso de impossibilidade de obtenção de assinatura do paciente, deve-se lançar mão do registro de sua impressão digital e, se possível, da assinatura de um acompanhante, este como testemunha do ato de atendimento (assinatura a rogo).

**41. O prontuário deve conter data, hora, nome e assinatura do profissional, e número de inscrição no CRO de sua jurisdição?**

Sim.

**42. O que deve garantir a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) no contexto do Prontuário do Paciente?**

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais garante que o paciente tenha livre acesso a seus registros de dados, assegurando qualidade, transparência e segurança das informações. Também garante que o paciente tenha ciência de como seus dados são armazenados, com acesso facilitado e gratuito, além de ser informado sobre quem tem acesso a essas informações.

**43. Como deve ser a elaboração do Prontuário do Paciente?**

O Prontuário do Paciente deve ser elaborado de forma clara e precisa, com registros de todas as informações de saúde e clínicas do paciente, incluindo exames complementares e dados dos tratamentos realizados. Deve ser atualizado

constantemente, com registros cronológicos de cada avaliação e assinaturas do profissional (incluindo o número de inscrição no CRO na jurisdição) e do paciente.

#### **44. Qual é o valor jurídico do Prontuário do Paciente digitalizado?**

O Prontuário do Paciente digitalizado pode ter o mesmo valor jurídico do documento original, desde que o processo de digitalização siga as normas legais e seja feito com a devida autenticidade. A digitalização deve ser realizada de maneira a garantir a integridade e confidencialidade dos dados, observados os preceitos legais vigentes.

#### **45. Qual o impacto da digitalização e do Prontuário Eletrônico na Odontologia?**

A digitalização e o uso do Prontuário Eletrônico na Odontologia trazem maior praticidade, agilidade e segurança ao registro das informações. Eles facilitam o acesso remoto, a troca de dados entre profissionais e a consulta ao histórico do paciente. Além disso, contribuem para a redução de erros de transcrição e melhor gestão das informações, promovendo mais eficiência e qualidade no atendimento odontológico. Contudo, não se pode perder a necessária aplicação de bilateralidade, ou seja, que tanto paciente como profissional consigam demonstrar que os registros foram feitos sob a participação de ambas as partes.

#### **46. O que deve ser feito caso o paciente solicite cópia do seu Prontuário do Paciente?**

O paciente tem o direito de solicitar cópias de seu prontuário. A solicitação deve ser atendida de forma transparente e ágil, com a cópia entregue dentro de prazo hábil ou, se possível, daquele indicado pelo paciente. A cópia pode ser fornecida fisicamente ou por meio digital, dependendo da solicitação do paciente. Sempre devendo haver produção de recibo de entrega a ser arquivado pelo profissional. No entanto, o fornecimento deve ser feito com a garantia de que as informações sensíveis, como dados de terceiros ou informações confidenciais, sejam protegidas.

#### **47. Onde posso verificar se o Prontuário Digital (ou Informatizado) tem o nível de garantia de segurança e selo de certificação da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS)?**

Acessando o site <https://sbis.org.br/> e clicando em "certificação de software" ou <https://sbis.org.br/certificacoes/certificacao-software/> e "sistemas certificados" ou <https://sbis.org.br/certificacoes/certificacao-software/sistemas-certificados-edicao-5-2/>.

#### **48. Quais são as implicações do não cumprimento das normas recomendadas para elaboração de Prontuário do Paciente?**

O não cumprimento das normas de Prontuário do Paciente pode resultar em implicações legais e éticas para o profissional, como penalidades pelo Conselho

Regional de Odontologia (CRO), perda de credibilidade profissional, e até mesmo responsabilização em processos judiciais por dificuldade de afastar o erro em serviços de saúde ou negligência informacional. Além disso, a falta de documentação adequada pode comprometer a confiança do paciente e a continuidade do tratamento, bem como prejudicar a defesa do profissional em caso de litígios.

**49. O que deve ser registrado quando há necessidade de encaminhamento para outro profissional ou a um especialista?**

Quando há necessidade de encaminhamento, o Prontuário do Paciente deve registrar a razão do encaminhamento, as condições do paciente, e as orientações necessárias para que o profissional encaminhado possa avaliar adequadamente e atender ao que fora solicitado. O profissional deve indicar claramente o que foi observado no exame e qual a questão que necessita de avaliação ou tratamento especializado. O registro também deve incluir o nome e as qualificações do profissional para o qual o paciente foi encaminhado, além de qualquer outro dado relevante para o acompanhamento contínuo do caso.