

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)