

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)