

Resolução nº 3/2024 – Pró-Reitoria de Administração e Planejamento

“Aprova Procedimento Operacional Padrão da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Campo Real”.

O Centro Universitário Campo Real, mantido pela UB Campo Real Educacional S/A, por intermédio da Pró-Reitoria de Administração e Planejamento, no uso de suas atribuições legais e regimentais,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar Procedimento Operacional Padrão da Clínica Escola de Odontologia do Centro Universitário Campo Real.

Art. 2º Ficam revogadas as disposições em contrário.

Centro Universitário Campo Real, 19 de fevereiro de 2024.



Prof. Ayres Siqueira Silva
Pró-Reitor de Administração e Planejamento

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO:

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO
2. ATENDIMENTO AO PACIENTE

Esse manual atende o curso de Odontologia do Centro Universitário Campo Real, como protocolos de procedimentos realizados na clínica escola de odontologia.

ANO 2024

PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO:

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO
2. ATENDIMENTO AO PACIENTE

Colaboradores:

Prof. Ms. Fernanda Garcia Krinski Sidor – Coordenadora da Clínica Odontológica

Prof. Guilherme Aurélio – Coordenador da RealClin

Prof. Dr. Thiago Tatim – Coordenador do Curso de Odontologia

Prof. Ms. Thereza Cristina Silvestri - Docente

Prof. Dra. Mariana Rinaldi - Docente

Prof. Ms. Juliana de Lara – Docente

Prof. Ms. Fabiane Mainardes – Docente

Prof. Ms. Juliana Grzeidak – Docente

Prof. Ms. Fábio Rocha – Docente

Prof. Ms. Carolina Eurich Mazur – Docente

Prof. Simone Galicioli – Docente

Prof. Rafaela Cristina Franciosi Pacheco – Docente

SUMÁRIO

1. Introdução	4
2. Objetivos	4
3. POP de Organização e Gestão	5
3.1 Agendamento e fluxo de atendimento	5
3.2 Arquivamento e sigilo de prontuários	6
3.3 Controle de estoque e materiais odontológicos	7
3.4 Controle de validade de materiais e medicamentos	8
3.5 Abertura e encerramento do turno clínico	9
3.6 Supervisão e avaliação de estudantes na clínica	10
4. POP de Atendimento ao Paciente	11
4.1 Acolhimento e triagem de pacientes	11
4.2 Anamnese e preenchimento do prontuário odontológico	12
4.3 Termo de consentimento livre e esclarecido	13
4.4 Atendimento a pacientes com necessidades especiais	14
4.5 Atendimento odontológico em crianças e adolescentes	15
4.6 Urgência e emergência odontológica	16
5. Anexos	17
5.1 Ficha de Anamnese	18
5.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	22
5.3 Ficha de Planejamento	23
5.4 Ficha de Evolução Clínica	29
5.5 Ficha de Anamnese – Odontopediatria e Ortodontia	30

1. INTRODUÇÃO

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) tem como objetivo padronizar as rotinas de gestão e atendimento na Clínica Escola do Centro Universitário Campo Real, assegurando a qualidade, a ética e a eficiência nos serviços prestados à comunidade e no processo de formação acadêmica.

A Clínica Escola é um ambiente de aprendizado supervisionado que integra teoria e prática, oferecendo aos acadêmicos a oportunidade de desenvolver competências técnicas, humanísticas e éticas no atendimento aos pacientes. Nesse contexto, a organização adequada das atividades de gestão e a condução de um atendimento qualificado são fundamentais para garantir a segurança dos pacientes, o bom funcionamento dos serviços e a excelência no processo educativo.

Este POP estabelece diretrizes claras para o acolhimento, agendamento, registro, fluxo de atendimento e condutas administrativas, buscando promover a padronização das ações, a transparência nos processos e a satisfação dos usuários e colaboradores da Clínica Escola.

2. OBJETIVOS

1. Padronizar as rotinas administrativas e assistenciais da Clínica Escola, garantindo organização, eficiência e segurança no ambiente acadêmico e no atendimento à comunidade.
2. Orientar os acadêmicos, docentes e colaboradores quanto às práticas adequadas de gestão e atendimento, assegurando o cumprimento das normas institucionais e dos princípios éticos.
3. Estabelecer fluxos claros e eficientes para o agendamento, acolhimento, registro, acompanhamento e finalização dos atendimentos aos pacientes.
4. Promover a integração entre as atividades de gestão e assistência, assegurando o uso racional dos recursos humanos, materiais e estruturais da Clínica Escola.
5. Garantir um ambiente de aprendizado seguro e estruturado, que favoreça o desenvolvimento de competências técnicas e humanísticas por parte dos acadêmicos.
6. Contribuir para a qualidade do serviço prestado à comunidade, assegurando a satisfação dos pacientes e o fortalecimento do compromisso social da instituição

3. POP – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 5 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226		Código do POP: POP-ODONTO-009	

POP - Procedimento Operacional Padrão

AGENDAMENTO E FLUXO DE ATENDIMENTO

Monitoramento: professor supervisor/coordenação

Objetivo: padronizar o processo de agendamento e organização do fluxo de atendimento clínico.

Etapas:

1. Registro prévio de dados do paciente e tipo de atendimento necessário.
2. Organização da agenda por área clínica e professor responsável.
3. Confirmação do comparecimento do paciente com 24 horas de antecedência.
4. Encaminhamento do paciente à clínica no horário agendado.

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 6 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-010

POP - Procedimento Operacional Padrão ARQUIVAMENTO E SIGILO DE PRONTUÁRIOS
Monitoramento: professor supervisor/coordenação
Objetivo: Assegurar a guarda e confidencialidade das informações dos pacientes.
Etapas: 1. Organização dos prontuários em local de acesso restrito. 2. Controle de empréstimo e devolução de prontuários. 3. Garantia de que apenas pessoal autorizado tenha acesso às informações.

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 7 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-011

POP - Procedimento Operacional Padrão	
CONTROLE DE ESTOQUE E MATERIAIS ODONTOLÓGICOS	
Monitoramento: professor supervisor/coordenação	
Objetivo: padronizar o controle e abastecimento dos materiais necessários ao funcionamento da clínica	
Etapas: 1. Registro de entrada e saída de materiais em planilha ou sistema informatizado. 2. Verificação periódica do estoque mínimo e validade dos produtos. 3. Solicitação de reposição junto ao setor responsável. 4. Armazenamento adequado, conforme as normas de biossegurança.	

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 8 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226		Código do POP: POP-ODONTO-012	

POP - Procedimento Operacional Padrão CONTROLE DE VALIDADE DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS
Monitoramento: professor supervisor/coordenação
Objetivo: Evitar o uso de produtos vencidos e garantir a segurança do atendimento.
Etapas: 1. Identificação clara da data de validade nos frascos e embalagens. 2. Verificação semanal dos prazos por setor responsável. 3. Retirada imediata dos itens vencidos. 4. Registro da destinação final conforme normas de descarte.

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 9 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-013

POP - Procedimento Operacional Padrão	
ABERTURA E ENCERRAMENTO DO TURNO CLÍNICO	
Monitoramento: professor supervisor/coordenação	
Objetivo: Normatizar as ações de início e fim das atividades clínicas.	
Etapas: 1. Checagem dos equipamentos e materiais antes do início do atendimento. 2. Verificação das condições de limpeza e biossegurança do ambiente. 3. Registro de atendimentos realizados ao final do turno. 4. Organização e limpeza dos boxes e descarte correto de resíduos.	

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 10 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-014

POP - Procedimento Operacional Padrão
SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO DE ESTUDANTES NA CLÍNICA
Monitoramento: professor supervisor/coordenação
Objetivo: Estabelecer critérios para acompanhamento e avaliação do desempenho clínico dos estudantes.
Etapas: 1. Acompanhamento contínuo das atividades pelo professor responsável. 2. Registro de orientações e condutas no prontuário e na ficha de avaliação. 3. Discussão de casos clínicos em grupo para fins pedagógicos. 4. Avaliação periódica com base em critérios clínicos, éticos e técnicos.

4. POP - ATENDIMENTO AO PACIENTE

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 11 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226		Código do POP: POP-ODONTO-015	

POP - Procedimento Operacional Padrão

ACOLHIMENTO E TRIAGEM DE PACIENTES

Monitoramento: professor supervisor/coordenação

Objetivo: Padronizar o processo de acolhimento e triagem inicial, visando à organização do atendimento e à escuta ativa do paciente.

Etapas:

1. Recepção cordial, identificação e registro do paciente.
2. Checagem de documentos (RG, cartão do SUS, encaminhamentos).
3. Triagem: queixa principal, histórico médico e odontológico.
4. Encaminhamento ao setor adequado conforme perfil e necessidade.

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 12 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-016

POP - Procedimento Operacional Padrão ANAMNESE E PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO ODONTOLÓGICO
Monitoramento: professor supervisor/coordenação
Objetivo: Garantir o registro completo, legível e ético das informações clínicas do paciente.
Etapas: 1. Realização da anamnese dirigida (doenças sistêmicas, medicamentos, alergias, hábitos). 2. Exame físico inicial (extra e intraoral). 3. Registro no prontuário: identificação, anamnese, hipóteses diagnósticas, condutas. 4. Assinatura do estudante e do professor responsável.

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 13 de 17	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-037

POP - Procedimento Operacional Padrão TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Monitoramento: professor supervisor/coordenação
Abrangência:
Objetivo: Assegurar que o paciente compreenda os procedimentos propostos e autorize formalmente sua realização.
Etapas: 1. Explicação clara e objetiva do tratamento, riscos, benefícios e alternativas. 2. Entrega do termo de consentimento para leitura e esclarecimento de dúvidas. 3. Assinatura do paciente/responsável legal e do profissional. 4. Arquivamento do termo no prontuário físico ou digital.

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 14 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-018

POP - Procedimento Operacional Padrão
ATENDIMENTO A PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS
Monitoramento: professor supervisor/coordenação
Objetivo: Normatizar a conduta para pacientes com limitações físicas, mentais ou sistêmicas.
Etapas: 1. Identificação prévia das necessidades (mobilidade, comunicação, medicação). 2. Ajustes no ambiente e nas técnicas clínicas. 3. Contato com familiares e equipe multidisciplinar, se necessário. 4. Atendimento humanizado, com paciência e respeito às limitações.

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 15 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-019

POP - Procedimento Operacional Padrão	
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	
Monitoramento: professor supervisor/coordenação	
Objetivo: Estabelecer condutas específicas para a abordagem de pacientes pediátricos.	
Etapas: 1. Presença obrigatória do responsável legal. 2. Abordagem lúdica e linguagem adequada à faixa etária. 3. Consentimento do responsável e explicação do procedimento. 4. Registro cuidadoso da evolução clínica e cooperação da criança.	

	ODONTOLOGIA – CAMPO REAL		
	Protocolo Operacional Padrão - POP		
	Operação	Folha 16 de 37	
Responsável Técnico: Fernanda Garcia Krinski Sidor CRO/PR 27.226			Código do POP: POP-ODONTO-020

POP - Procedimento Operacional Padrão
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA
Monitoramento: professor supervisor/coordenação
Objetivo: Definir as ações diante de quadros urgentes, como dor intensa, trauma ou infecção.
Etapas: 1. Avaliação rápida do quadro e sinais vitais. 2. Atendimento prioritário conforme gravidade. 3. Comunicação imediata com professor supervisor. 4. Encaminhamento para serviço especializado, se necessário. 5. Registro detalhado no prontuário com horário, conduta e evolução.

5. ANEXOS

PRONTUÁRIO Nº _____

1. DADOS CADASTRAIS

NOME:	
RG:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	EMAIL:
DATA DO CADASTRO:	CONTATO DE EMERGÊNCIA:
ALUNO RESPONSÁVEL PELO CADASTRO:	PROFESSOR RESPONSÁVEL:

1. HISTÓRIA MÉDICA

Está ou esteve em tratamento médico nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

Motivo: _____

Possui comorbidades? () SIM () NÃO

Quais: _____

Está em uso de alguma medicação: () SIM () NÃO

Quais/ posologia: _____

Está grávida? () SIM () NÃO

Possui alergias? () SIM () NÃO

Quais: _____

É fumante?

() SIM () NÃO Se sim, há quanto tempo? _____

Já passou por procedimento cirúrgico?

() SIM () NÃO Quais: _____

Apresentou alguma complicação com a anestesia?

() SIM () NÃO Qual: _____

Apresentou complicação com a cicatrização?

() SIM () NÃO Qual: _____

2. HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Queixa principal? _____

Realizou algum tratamento odontológico nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

Qual: _____

Já passou com alguma cirurgia oral? () SIM () NÃO

Se sim, como foi? _____

Tem sentido alguma dor nos dentes ou na gengiva? () SIM () NÃO

Qual: _____

Sua gengiva sangra? () SIM () NÃO () DURANTE A HIGIENE () ÀS VEZES

Quantas vezes escova os dentes por dia? _____

Usa fio dental? () SIM () NÃO Quantas vezes ao dia? _____

Aperta ou range os dentes de dia ou de noite? () SIM () NÃO

Percebeu alguma ferida na boca? () SIM () NÃO

3. EXAME FÍSICO EXTRA ORAL

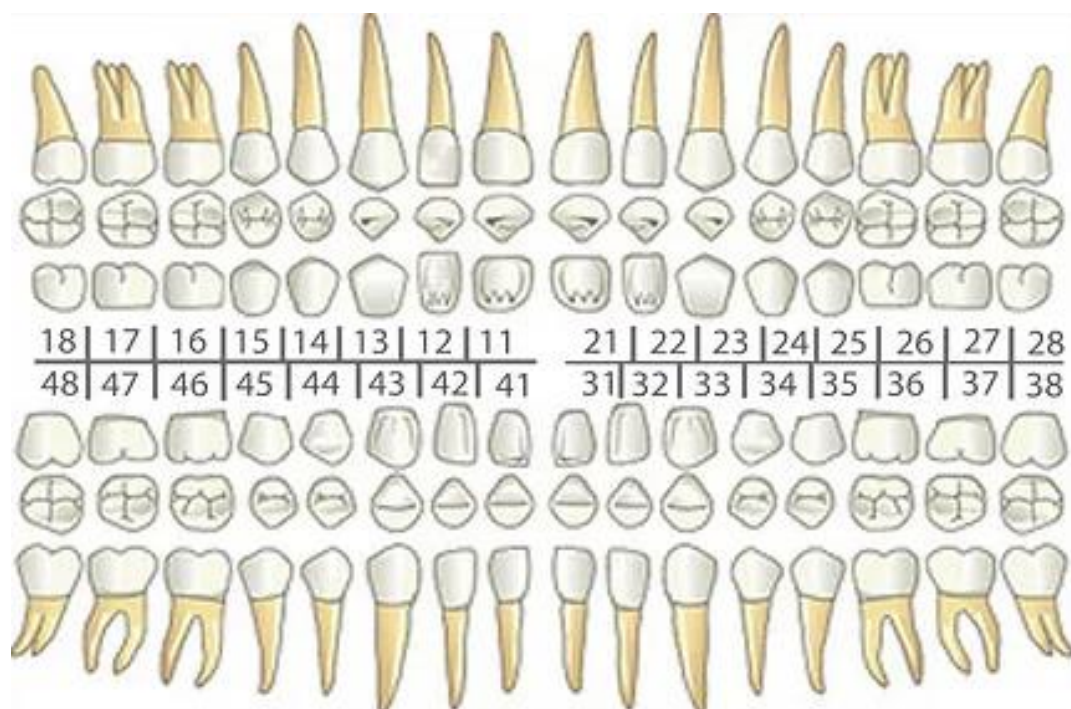
ALTURA: _____ PESO: _____ PA: _____

- | | | |
|---------------------------------------|---------|---------|
| Possui assimetria facial? | () SIM | () NÃO |
| Possui edema na face? | () SIM | () NÃO |
| Possui alguma lesão em pele? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração na cor dos lábios? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração na comissura labial? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração nos linfonodos? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração na ATM? | () SIM | () NÃO |

4. EXAME FÍSICO INTRA-ORAL

- | | | |
|---|---------|---------|
| Possui alteração na mucosa labial superior ou inferior? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração na mucosa jugal direta ou esquerda? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração no palato duro? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração no palato mole? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração na orofaringe? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração no dorso, bordas laterais ou ventre de língua? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração no assoalho de boca? | () SIM | () NÃO |
| Possui alteração na gengiva ou rebordo alveolar? | () SIM | () NÃO |

5. ODONTOGRAMA



DENTE	DIAGNÓSTICO

DENTE	DIAGNÓSTICO

Encaminhamento (disciplina):

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____,
residente no endereço _____.

Declaro que:

1. Preenchi e assinei corretamente a ficha de anamnese, fornecendo informações verdadeiras sobre minha saúde geral e bucal, incluindo doenças pré-existentes e uso de medicamentos até a presente data. Reconheço que a omissão de informações pode interferir negativamente no planejamento na evolução do tratamento, causando danos à minha saúde e/ou prejuízos ao tratamento aqui acordado.
2. Após avaliação clínica e exames complementares, fui devidamente esclarecido(a) pelo(a) profissional sobre o diagnóstico, planejamento, objetivos e riscos do tratamento. Tenho ciência da minha responsabilidade em colaborar durante o tratamento.
3. Compreendo que ausências às consultas e o não cumprimento das orientações profissionais podem prejudicar o resultado pretendido, devido às limitações da Odontologia como ciência.
4. Comprometo-me a comparecer pontualmente nas consultas agendadas, seguir as prescrições e encaminhamentos, e informar qualquer alteração decorrente do tratamento.
5. O(a) cirurgião-dentista me informou que a técnica e os materiais a serem utilizados possuem comprovação científica, respeitando os padrões profissionais e o estado atual da ciência.
6. Entendo que a Odontologia não é uma ciência exata, e os resultados podem variar devido à resposta biológica do meu organismo, limitações da ciência e colaboração necessária.
7. Entendo a importância do acompanhamento pós-tratamento e me comprometo a retornar para consultas de acordo com as orientações do(a) profissional. Compreendo que a durabilidade dos procedimentos odontológicos não pode ser garantida, pois depende das condições de minha saúde e outros fatores.
8. Autorizo a utilização do meu prontuário para fins acadêmicos e científicos, incluindo a exibição de imagens e exames para fins didáticos, conforme previsto no Código de Ética Odontológica.
9. Compreendo que estou realizando meu tratamento odontológico em uma clínica escola e que os procedimentos serão realizados por acadêmicos do curso de odontologia acompanhados por um professor responsável.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL

_____/_____/_____
Guarapuava/PR

Ficha de Planejamento

[illegible]

PLANO DE TRATAMENTO POR SESSÕES

1ª _____

2ª _____

3ª _____

4ª _____

5ª _____

6ª _____

7ª _____

8ª _____

9ª _____

10ª _____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável: _____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável:_____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável:_____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável:_____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável: _____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável: _____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável: _____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável: _____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável: _____

DATA ____/____/____

Descrição do procedimento realizado:

Prof. responsável: _____



FICHA DE ANAMNESE – ODONTOPEDIATRIA

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ Telefone: _____

Nome do responsável: _____ CPF: _____

Aluno responsável pelo cadastro: _____ Prof: _____

Histórico de Saúde da Criança

Está ou esteve em tratamento médico nos últimos 6 meses? () SIM () NÃO

Motivo: _____

Possui alguma doença crônica? () SIM () NÃO

Quais? _____

Está usando alguma medicação contínua? () SIM () NÃO

Quais? _____

Já esteve hospitalizado ou passou por alguma cirurgia? () SIM () NÃO

Motivo: _____

Mãe teve alguma intercorrência na gestação? () SIM () NÃO

Quais? _____

Possui alergias? () SIM () NÃO

Quais? _____

Seu filho(a) teve alguma das doenças da infância? () SIM () NÃO

Quais? _____

Seu filho(a) tem infecções de garganta com frequência? () SIM () NÃO

Qual a frequência? _____

Como é o sono do seu filho(a)? _____

Como é a alimentação do seu filho(a)? _____

Peso: _____ Altura: _____ Calendário vacinal atualizado () SIM () NÃO

Há mais alguma informação de saúde que ache pertinente nos informar?

Histórico Odontológico da Criança

Com qual idade erupcionou o primeiro dente? _____

Queixa principal: _____

Já foi ao dentista? () SIM () NÃO Há quanto tempo? _____

Precisou de algum tratamento? _____

Já teve dor de dente? () SIM () NÃO Há quanto tempo? _____

Qual atitude foi tomada quando isso aconteceu? _____

Já precisou de anestesia odontológica? () SIM () NÃO Teve alguma reação? _____

Já sofreu algum traumatismo? () SIM () NÃO Há quanto tempo? _____

Escova os dentes quantas vezes ao dia? _____

Quem escova os dentes da criança? _____

Usa fio dental? () SIM () NÃO

Produtos para bochecho? () SIM () NÃO

Dorme sem escovar os dentes? () SIM () NÃO

Qual pasta a criança está usando? _____

HÁBITOS

HÁBITO	SIM	NÃO	QUANDO PAROU?
Aleitamento materno			
Uso da mamadeira			
Uso da chupeta			
Sucção digital			

Aleitamento Materno – Qual a frequência? _____

Uso de mamadeira – Horário, frequência e conteúdo: _____

Uso de chupeta – Qual a frequência? _____

Sucção digital – Qual a frequência? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____,
residente no endereço _____.

Declaro que:

1. Preenchi e assinei corretamente a ficha de anamnese, fornecendo informações verdadeiras sobre minha saúde geral e bucal, incluindo doenças pré-existentes e uso de medicamentos até a presente data. Reconheço que a omissão de informações pode interferir negativamente no planejamento na evolução do tratamento, causando danos à minha saúde e/ou prejuízos ao tratamento aqui acordado.
2. Após avaliação clínica e exames complementares, fui devidamente esclarecido(a) pelo(a) profissional sobre o diagnóstico, planejamento, objetivos e riscos do tratamento. Tenho ciência da minha responsabilidade em colaborar durante o tratamento.
3. Compreendo que ausências às consultas e o não cumprimento das orientações profissionais podem prejudicar o resultado pretendido, devido às limitações da Odontologia como ciência.
4. Comprometo-me a comparecer pontualmente nas consultas agendadas, seguir as prescrições e encaminhamentos, e informar qualquer alteração decorrente do tratamento.
5. O(a) cirurgião-dentista me informou que a técnica e os materiais a serem utilizados possuem comprovação científica, respeitando os padrões profissionais e o estado atual da ciência.
6. Entendo que a Odontologia não é uma ciência exata, e os resultados podem variar devido à resposta biológica do meu organismo, limitações da ciência e colaboração necessária.
7. Entendo a importância do acompanhamento pós-tratamento e me comprometo a retornar para consultas de acordo com as orientações do(a) profissional. Compreendo que a durabilidade dos procedimentos odontológicos não pode ser garantida, pois depende das condições de minha saúde e outros fatores.
8. Autorizo a utilização do meu prontuário para fins acadêmicos e científicos, incluindo a exibição de imagens e exames para fins didáticos, conforme previsto no Código de Ética Odontológica.
9. Compreendo que estou realizando meu tratamento odontológico em uma clínica escola e que os procedimentos serão realizados por acadêmicos do curso de odontologia acompanhados por um professor responsável.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL LEGAL

_____/_____/_____
GUARAPUAVA/PR

Exame Clínico Extrabucal

Cabeça: _____

Pescoço: _____

Lábios: _____

Face: _____

Mãos: _____

Respiração: () BUCAL () NASAL () MISTA

Exame Clínico Intrabucal

Palato: _____

Orofaringe: _____

Língua e assoalho de boca: _____

Freios: _____

Mucosa: _____

Gengiva e Periodonto: _____

Avaliação oclusal

Presença de espaço primata: () SUPERIOR () INFERIOR

Relação Molar: () CLASSE I () CLASSE II () CLASSE III

Mordida Aberta: () SIM () NÃO

Mordida Cruzada: () SIM () NÃO

Linha Média: () NORMAL () DESVIO

Deglutição: () NORMAL () ATÍPICA

Cronologia de erupção: () NORMAL () PRECOCE () EM ATRASO

Houve perda precoce de dente decíduo? () SIM () NÃO Qual? _____



[illegible]