

Nome: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Profissão: _____ Nasc: _____ Fone: _____

Email: _____ Plano: _____

DADOS DE SAÚDE GERAL

AFTAS	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	GESTANTE	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
ALTERAÇÃO HORMONAL	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	HEPATITE	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
ALTERAÇÃO NA COAGULAÇÃO SANGUÍNEA	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	HERPES	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
ANEMIA	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	HIPERTENSÃO	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
ARTRITE OU LUPUS	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	PORTADOR DO VÍRUS HIV	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
ASMA	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	PROBLEMA COM ANESTESIA DENTÁRIA	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
CIRURGIA	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	PROBLEMA HEPÁTICO	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
DESMAIOS	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	PROBLEMA RENAL	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
DIABETES	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	PROBLEMAS CARDÍACOS	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
DIFICULDADE DE CICATRIZAÇÃO	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	PROBLEMAS GÁSTRICOS	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
DISTÚRBIOS PSICO.	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	RANGE OU APERTA OS DENTES	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
ENDOCARDITE BACT.	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	REAÇÕES ALÉRGICAS (MEDICAÇÃO)	QUAL? _____
EPILEPSIA	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	TUMOR	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
FEBRE REUMÁTICA	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI	UTILIZA RESPIRADOR BUCAL	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N <input type="radio"/> NÃO SEI
FUMANTE	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N		

TRATAMENTOS MÉDICOS ANTERIORES E ATUAIS (DATA E TIPO DE TRATAMENTO)

INTERNAÇÃO RECENTE (ÚLTIMOS 2 ANOS) S N MOTIVO: _____

MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO S N MOTIVO: _____ QUAL? _____

TOMA ANTICOAGULANTE S N MOTIVO: _____

HÁBITOS

ROER UNHAS SIM NÃO

RESPIRAR PELA BOCA SIM NÃO

TOMAR CHIMARRÃO SIM NÃO

OUTROS: _____

CHUPAR BICO/DEDO SIM NÃO

MORDER CANETA/LÁPIS SIM NÃO

RANGER O DENTES DIA/NOITE SIM NÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

A Uniodonto necessita coletar os seguintes dados pessoais de seus clientes para a adequada prestação dos serviços odontológicos: nome, endereço, RG, CPF, telefone, email, biometria facial, dados de saúde geral, inquérito odontológico, hábitos e higiene bucal. Por meio do presente termo, **você, por si e/ou em representação de seu(s) dependente(s) menor(es) de 12 anos de idade, consente, de forma livre informada e inequívoca, que a Uniodonto realize o tratamento de seus dados pessoais (incluindo dados sensíveis, como aqueles relacionados à sua saúde) para fins de gerenciamento dos atendimentos realizados nos Prontos Atendimentos da rede ou através de nossos dentistas cooperados, incluindo qualquer procedimento ou tratamento odontológico, em observância ao Código de Ética Odontológica**, sendo que também dá plena ciência de ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas, aceitando e autorizando a execução do tratamento odontológico proposto em alínea. A Uniodonto não compartilhará os dados pessoais com terceiros, salvo em virtude de lei e/ou ordem judicial; para empresas/fornecedores que participam em alguma etapa do serviço prestado (os quais possuem as mesmas obrigações de sigilo e confidencialidade que a Uniodonto em relação aos seus dados pessoais); e para as demais singulares da Uniodonto, para fins de garantir uma melhor prestação do serviço assistencial em qualquer localidade coberta pelo plano.

A Uniodonto manterá sob guarda, todos os dados tratados enquanto forem necessários para a execução de cada uma das finalidades acima, de acordo com a legislação aplicável ou até o momento em que receba um pedido de exclusão de dados.

RG: _____ CPF: _____ DATA: ____/____/____ Ass _____

