



RELATÓRIO DE FINALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Prestador: _____

Beneficiário: _____

Nº cartão Copass Saúde: _____ Data: ____/____/____

1) Diagnóstico atual:

- Classificação dentária (Ex: classe I,II,III) : _____
- Overbite (EX: Ausente, leve, acentuado) : _____
- Overjet (Ex: Ausente, leve, acentuado): _____
- Presença de Apinhamento anterior (Ex: ausente, moderado, acentuado): _____
- Presença de mordida cruzada (Relatar a região/dentes): _____
- Presença de mordida aberta (Relatar a região/dente): _____
- Existe alguma parafunção? _____
- Existe algum desvio de guias/contatos indevidos/traumas dentários? Relate _____

2) Os objetivos iniciais propostos foram atingidos?

() Sim () Não - Justificativa _____

3) Eu _____, registrado no CRO de nº _____, afirmo que o tratamento ortodôntico do beneficiário _____, foi finalizado de forma satisfatória e solicito assim, a remoção do aparelho.

4) Eu _____, registrado no CRO nº _____, afirmo que o tratamento ortodôntico do beneficiário _____ não foi finalizado de forma satisfatória, devido a desistência por parte do beneficiário/responsável, dos riscos sobre a desistência e ciente que o plano da Copass Saúde não irá autorizar novo tratamento ortodôntico, o beneficiário/responsável solicita a remoção do aparelho.

Assinatura do beneficiário/responsável:

Carimbo e assinatura dentista

Parecer Copass Saúde:

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE

Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG

Fones: (31) 3298-5800 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: atendimento@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8



RELATÓRIO DE FINALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa - COPASS SAÚDE

Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - 30 330-240 - Belo Horizonte - MG

Fones: (31) 3298-5800 Fax: (31) 3298-5801 | E-mail: atendimento@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8