

NOME BENEFICIÁRIO (A):

CARTÃO:

GUIA:

PRESTADOR:

1. Diagnóstico atual:

A. CLASSIFICAÇÃO DENTÁRIA (ANGLE):

☐ Classe I ☐ Classe II divisão 1 ☐ Classe II divisão 2 ☐ Classe III

B. OVERBITE:

☐ Ausente ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Acentuado

OVERJET:

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Reduzido

C. APINHAMENTO ANTERIOR:

☐ Ausente ☐ Leve

D. MORDIDA CRUZADA:

☐ Não ☐ Sim → Região/dentes: _____

E. MORDIDA ABERTA:

☐ Não ☐ Sim → Região/dentes: _____

F. PARAFUNÇÃO (BRUXISMO, ONICOFAGIA, ETC.):

☐ Não ☐ Sim → Especificar: _____

G. INTERFERÊNCIAS OCLUSAIS / TRAUMAS DENTÁRIOS:

☐ Não ☐ Sim → Relatar: _____

2. Os objetivos iniciais propostos foram atingidos?

☐ Sim ☐ Não. Justifique: _____

3. Houve interrupção do tratamento por parte do beneficiário?

☐ Sim ☐ Não. Justifique:

Em caso de interrupção voluntária por parte do beneficiário, ficará caracterizado abandono terapêutico, conforme previsto no Art. 23, item XXXVIII das exclusões de cobertura, não havendo direito a reinício ou novo tratamento ortodôntico pela operadora.

DECLARAÇÃO DE FINALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ORTODÔNTICO

Eu, _____,
inscrito(a) no CRO nº _____,

declaro que o tratamento do beneficiário:

☐ Foi finalizado de forma satisfatória, atingiu os objetivos terapêuticos propostos, estando o(a) paciente satisfeito com a remoção do aparelho.

☐ Não foi finalizado de forma satisfatória, sendo a remoção realizada por motivo diverso, conforme descrito abaixo:

Local e data:

Assinatura do beneficiário ou responsável:

Carimbo e assinatura do dentista assistente: