

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 ☐ Mordida aberta anterior

C. OVERJET:

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Reduzido ☐ Negativo

D. APINHAMENTO ANTERIOR:

☐ Ausente ☐ Leve (até 3mm) ☐ Moderado (3–6mm) ☐ Severo (>6mm)

E. MORDIDA CRUZADA:

☐ Não ☐ Sim → Região/dentes: _____

F. MORDIDA ABERTA:

☐ Não ☐ Sim → Região/dentes: _____

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

☐ Não ☐ Sim → Especificar: _____

H. INTERFERÊNCIAS OCLUSAIS / TRAUMAS DENTÁRIOS:

☐ Não ☐ Sim → Relatar: _____

2. O paciente fez uso de elásticos ou outros dispositivos que dependam da colaboração ativa do paciente? [Exemplo: Elástico]

☐ Sim ☐ Não. Justifique: _____

3. O paciente foi colaborador durante o tratamento?

☐ Sim ☐ Não. Justifique: _____

4. Houve uso de miniimplantes, distalizadores ou outros dispositivos associados?

☐ Sim ☐ Não. Especifique: _____

5. Houve intercorrência ou dificuldade que justifique a não finalização do tratamento no período proposto pela operadora?

☐ Sim ☐ Não. Justifique: _____

6. Descrever detalhadamente o que será corrigido e como será feito, incluindo técnica e dispositivos utilizados:

7. Previsão de Término do Tratamento:

Data prevista: _____

Documentação a Encaminhar:

⇒ Documentação inicial completa.

⇒ Radiografia panorâmica atual.

⇒ Fotos intra-oclusais atuais: superior, inferior, frontal e lateral (direita e esquerda).

Local e data:

Assinatura do beneficiário ou responsável:

Carimbo e assinatura do dentista assistente: