

NOME BENEFICIÁRIO (A):

CARTÃO:

GUIA:

PRESTADOR:

1. Diagnóstico atual:

2. Queixa principal:

A. TIPO DE PERFIL:

☐ Concavo ☐ Convexo ☐ Reto

B. PADRÃO ESQUELÉTICO:

☐ Classe I ☐ Classe II ☐ Classe III

C. PADRÃO FACIAL

☐ Mesofacial ☐ Dolicofacial ☐ Braquifacial

D. CLASSIFICAÇÃO DENTÁRIA:

☐ Classe I ☐ Classe II ☐ Classe III

E. OVERBITE:

☐ Ausente ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Acentuado

F. OVERJET:

☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Reduzido

G. APINHAMENTO ANTERIOR:

☐ Ausente ☐ Leve

H. MORDIDA CRUZADA:

☐ Não ☐ Sim → Região/dentes: _____

I. MORDIDA ABERTA:

☐ Não ☐ Sim → Região/dentes: _____

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

☐ Não ☐ Sim → Especificar: _____

3. Existe algum desvio de guias/contatos indevidos/traumas dentários?

☐ Sim ☐ Não. Justifique: _____

4. O caso envolve a necessidade de execução de cirurgia ortognática e/ou extrações dentárias?

[☐] Sim [☐] Não. Justifique: _____

5. Tipo de aparelho a ser utilizado:

1º Fase:

2º Fase:

3º Fase:

6. Proposta de tratamento:(o que será corrigido e como será corrigido detalhadamente)?

7. Prognóstico e expectativa de evolução do tratamento:

8. Tempo previsto de tratamento:

Local e data:

Assinatura do beneficiário ou responsável:

Carimbo e assinatura do dentista assistente: