

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.

_ **Assinatura do beneficiário/responsável:**

Carimbo e assinatura dentista

Parecer Copass Saúde: