

RELATÓRIO DE PRORROGAÇÃO 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): _____

2) Paciente fez a utilização de algum mecanismo (ex. elástico) que dependesse da colaboração do paciente? _____

3) Paciente colaborador: () SIM () NÃO / Considerações: _____

4) Paciente utilizou alguma aparelhagem acessória associada ao aparelho fixo (miniimplantes, distalizadores)? () Não () SIM - Especificar: _____

5) Planejamento para finalização (o que será corrigido e como será corrigido):

6) Previsão para o término do tratamento: _____

- 7) Encaminhar: documentação inicial; panorâmica atual e fotos intra-oclusais: superior, inferior, frente e lateral (direita e esquerda).

Assinatura do beneficiário/responsável

_ Carimbo e assinatura dentista

Parecer Copass Saúde: