

NÚMERO DO CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO															EMPRESA										PLANO									
PACIENTE															TEL. COMERCIAL (DDD+Nº)										TEL. RESIDENCIAL (DDD+Nº)									
TITULAR																									CELULAR (DDD+Nº)									
NOME DO CIRURGIÃO-DENTISTA															CRO										TEL. RESIDENCIAL (DDD+Nº)									

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE: _____

DESCREVER TÉCNICA: _____

EXODONTIAS:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	DESGASTE INTERPROXIMAL:	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38		48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

DESCREVER PREVISÃO PARA FINALIZAÇÃO DO TRATAMENTO (EM MESES): _____

PACIENTE POSSUI APARELHO INSTALADO PREVIAMENTE? ☐ Não ☐ Sim Há quanto tempo? _____

USUÁRIO OU RESPONSÁVEL	CIRURGIÃO-DENTISTA
<p>Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima, autorizando a Dental Uni a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.</p> <p>DATA DA CONSULTA INICIAL</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>Assinatura</p>	<p>Declaro serem verdadeiras as informações descritas nesse documento, responsabilizando-me integralmente pelas mesmas.</p> <p>DATA DA CONSULTA INICIAL</p> <p><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>Assinatura e carimbo</p>

HISTÓRICO			
Conforme análise do planejamento ortodôntico o dentista está autorizado a realizar:			
DATA DA AUTORIZAÇÃO			
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
			Assinatura e carimbo