

TRATAMENTO INICIAL PRORROGAÇÃO

NÚMERO DO CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMPRESA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLANO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PACIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL. COMERCIAL (DDD+Nº)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL. RESIDENCIAL (DDD+Nº)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TITULAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CRO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL. RESIDENCIAL (DDD+Nº)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOME DO CIRURGIÃO-DENTISTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO DETALHADO

DENTIÇÃO	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Mista	<input type="checkbox"/> Decídua								
CLASSIFICAÇÃO DE ANGLE	<input type="checkbox"/> a. Classe I		<input type="checkbox"/> b. Classe II		<input type="checkbox"/> Divisão 1ª	<input type="checkbox"/> Subdivisão Direita	<input type="checkbox"/> c. Classe III	<input type="checkbox"/> Subdivisão Direita			
LINHA MÉDIA	<input type="checkbox"/> a. Coincidente			<input type="checkbox"/> b. Desvio Superior:		<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda	<input type="checkbox"/> c. Desvio Inferior:			
DOR OU RUÍDO ARTICULAR	<input type="checkbox"/> Direita			<input type="checkbox"/> Esquerda			<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda			
NECESSIDADE DE TRATAMENTO COMPLEMENTAR	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Fonoaudiologia	<input type="checkbox"/> Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/> Cirurgia Ortognática	<input type="checkbox"/> Implantes	<input type="checkbox"/> Pré-protéticas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ortopédica funcional	<input type="checkbox"/> Ortopédica extra-oral	<input type="checkbox"/> Fixa	<input type="checkbox"/> Removível

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE: _____

PLANO DE TRATAMENTO:

Preventiva Interceptativa Ortopédica Corretiva

APARATOLOGIA:

Ortopédica funcional Ortopédica extra-oral Fixa Removível

DESCREVER TÉCNICA: _____

EXODONTIAS:

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

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

ANCORAGEM SUPERIOR (tipo):

ANCORAGEM INFERIOR (tipo):

PROGNÓSTICO:

Favorável Desfavorável Duvidoso

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

PACIENTE POSSUI APARELHO INSTALADO PREVIAMENTE?

Não

Sim

Há quanto tempo? _____

USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

CIRURGIÃO-DENTISTA

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima, autorizando a Dental Uni a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

Declaro serem verdadeiras as informações descritas nesse documento, responsabilizando-me integralmente pelas mesmas.

DATA DA CONSULTA INICIAL

--	--	--

Assinatura

DATA DA CONSULTA INICIAL

--	--	--

Assinatura e carimbo

HISTÓRICO

Conforme análise do planejamento ortodôntico o dentista está autorizado a realizar:

DATA DA AUTORIZAÇÃO

--	--	--

Assinatura e carimbo