odonto

ANS - Nº 36531-9

RELATÓRIO DE TRATAMENTO COMPLEMENTAR

Data da Autorização

Número da Guia Atribuído pela Operadora

Data de Validade da Senha

Dados do Beneficiário

Número da Carteira

Plano

Nome

Telefone

Nome do titular do plano

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Nome do Profissional Solicitante

Número no CRO

1UF

Código na Operadora

Nome do Contratado Executante

Número no CRO

UF

Nome do Profissional Executante

Número no CRO

UF

SITUAÇÃO ATUAL - Preencher com dados clínicos atuais

Classificação de Angle:_____ Relação de Caninos: _____ Direita _____Esquerda
Linha Média em relação ao PSM: ( ) Coincidentes ( ) Desviada em mm: Superior _____ Inferior _____
Trespasse Vertical (em mm): _____ Trespasse Horizontal (em mm): _____
Discrepância de Modelos: Superior (mm) _____ Inferior (mm) _____
Mordida Cruzada: região _____
Giroversão: Sim ( ) Não ( ) Dente: _____
Diastemas: Sim ( ) Não ( ) Dente: _____
Perda Óssea: Sim ( ) Não ( ) Dente: _____
Reabsorção Radicular: Sim ( ) Não ( ) Dente: _____
Foi realizado acompanhamento radiográfico: Sim ( ) Não ( )
Exodontias: Sim ( ) Não ( ) Dente: _____
Desgastes Interproximais: Sim ( ) Não ( ) Dente: _____
Tempo Previsto para Finalização de Tratamento: _____

Justificativa Técnica para a prorrogação do prazo e planejamento detalhado para a finalização:

Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável

-Assinatura do Beneficiário ou Responsável