



RELATÓRIO DE FINALIZAÇÃO DE TRATAMENTO

ANS Nº 35532-9

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

UF

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: _____

Justificativa Técnica 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