

Nome do Dentista: _____ Tel: _____

Nome do Cliente: _____ Tel: _____

Plano: _____ Código: _____ Contrato nº: _____

Análise Preliminar do Caso (antes da documentação)

Quadro Inicial - Data da primeira consulta ____/____/____

Mordida Aberta: () anterior () posterior Mordida Cruzada: () anterior () posterior

() Apinhamento () Diastema () Sobressaliência () Sobremordida () Desvio de Linha Mediana

Má oclusão: _____ Perfil: _____

Ortodontia Prevista: () Preventiva () interceptativa () Corretiva

Início: () Imediato () Após outros tratamentos (descrever abaixo)

Necessidade de tratamento antes do início da Ortodontia : _____

Análise Complementar do Caso (após documentação)

Planejamento: _____

Prognóstico: _____

Necessidade de tratamentos previstos após Ortodontia: _____

As informações aqui fornecidas foram identificadas a partir do quadro inicial e este planejamento pode ser alterado de acordo com evidências verificadas ao longo do tratamento. Instalado o aparelho, completo ou não, ao menos 12 (doze) mensalidades/manutenções deverão ser honradas.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável

Assinatura e carimbo do dentista