

## PARECER ORTODÔNTICO SIMPLIFICADO

1.Dados do Paciente	Identificação	2.Idade

3.DIAGNÓSTICO	Ortodontia
Tipo de Má-oclusão: _____ Relação entre os arcos: _____ Hábitos: _____ Perfil: _____	<input type="checkbox"/> Preventiva <input type="checkbox"/> Interceptiva <input type="checkbox"/> Corretiva

4.APARATOLOGIA PROPOSTA
Etapas do Tratamento (Tipos de Aparelhos utilizados – Técnica e suas finalidades) _____ _____ _____ _____ Tempo provável de duração do tratamento: _____

5.PROGNÓSTICO

6.OUTRAS OBSERVAÇÕES NECESSÁRIAS

8.INFORMAÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA EXECUTANTE
Nome: _____ CRO: _____ É especialista em Ortodontia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Esta informação não é impeditiva para a realização do tratamento, tendo apenas a finalidade estatística)

ATENÇÃO
1º) <i>anexar orçamento e recibo, em casos de livre escolha.</i> 2º) <i>anexar para análise da auditoria toda a documentação ortodôntica obrigatória.</i> 3º) <i>todos os campos devem estar devidamente preenchidos e sem rasuras para análise da solicitação.</i>

9.ASSINATURAS		
De acordo com a análise do parecer e documentação, conforme as normas internas da empresa e legislação vigentes.	Solicito análise do parecer e da documentação anexa para auxílio e cobertura das despesas acima discriminadas. Os usuários da empresa estão cientes que a parcela de participação a que estão sujeitos, será descontada em folha de pagamento.	
_____ Ass. Cirurgião Dentista / Carimbo	_____ / ____ / ____ Data	_____ Usuário

# PARECER ORTODÔNTICO SIMPLIFICADO

## Detalhamento

- 1. Dados do Paciente:** nome do paciente atendido;
- 2. Idade:** idade do paciente atendido;
- 3. Diagnóstico:** registrar nos campos especificados, de acordo com o tratamento solicitado;
- 4. Aparatologia Proposta:** indicar os aparelhos, suas etapas e finalidade e Tempo Provável de Duração do Tratamento: indicar a previsão em meses;
- 5. Prognóstico:** registrar provável resultado em relação ao paciente;
- 6. Outras observações necessárias:** informações que o CD julgue necessárias ao detalhamento do tratamento solicitado;
- 7. Informações do CD Executante:** preenchimento obrigatório dos campos;
- 8. Assinaturas :**
  - CD / Carimbo:** assinatura obrigatória do CD responsável;
  - Data:** registrar a data do planejamento;
  - Usuário:** obrigatória a assinatura do usuário ou do seu responsável.

**OBS.: Verificar as orientações no campo ATENÇÃO.**