



# Life Empresarial Saúde

Plano de Assistência Médica e Odontológica

## Declaração Inicial para Tratamento Ortodôntico

DADOS DO PRESTADOR		
NOME	CÓDIGO LIFE	DATA

DADOS DO BENEFICIÁRIO		
NOME	PLANO	CÓDIGO LIFE
EMPRESA	DATA DE NASCIMENTO	

DIAGNÓSTICO ORTODÔNTICO	
PACIENTE JÁ UTILIZA APARELHO? ( ) SIM ( ) NÃO	CLASSIFICAÇÃO DE ANGLE: I ( ) II ( ) III ( )
MORDIDA ABERTA? ( ) SIM ( ) NÃO	DESVIO DE LINHA MÉDIA? ( ) SIM ( ) NÃO
MORDIDA CRUZADA? ( ) SIM ( ) NÃO	DIASTEMA ENTRE OS DENTES ( ) SIM ( ) NÃO
RESPIRADOR BUCAL ? ( ) SIM ( ) NÃO	DENTIÇÃO: ( ) PERMANENTE ( ) DECIDUA ( ) MISTA

PLANEJAMENTO	
TEMPO DE TRATAMENTO: (EM MESES)	DATA DE INÍCIO:
	DATA PREVISTA DE TÉRMINO

APARELHOS QUE SERÃO UTILIZADOS E TÉCNICA	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO CD/ CARIMBO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESP.