



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.