

## RELATÓRIO CLÍNICO ORTODÔNÇIA

N.º Beneficiário(a) \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

Relatório Clínico de Ortodôncia (a apresentar previamente, para análise dos Serviços Clínicos)

1. Diagnóstico (com base em dados clínicos e/ou radiográficos / cefalométricos) :

---

---

---

---

---

2. Plano terapêutico total (com inclusão do tipo de tratamento previsto e em que idade etária):

---

---

---

---

---

---

3. Orçamento (valor dos honorários relativos a todo tratamento) :

---

---

---

---

---

---

---

Assinatura

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome completo do Médico

\_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Código barras