



CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

Fundo de Assistência à Saúde dos Deputados Distritais e Servidores da Câmara
Legislativa do Distrito Federal – Fascal



Formulário para Tratamento Ortodôntico

1) Informações do paciente:

Nome do Paciente: _____

Idade do Paciente: _____

Matrícula Fascal: _____ Data: ____/____/____

2) Informações do Ortodontista/Ortopedista:

Nome por extenso legível: _____

Nº CRO: _____ Assinatura: _____

3) Informações do tratamento a ser executado:

a) Má oclusão/alteração a ser tratada: _____

b) Aparelho a ser instalado: _____

c) Há planejamento para instalação de outro(s) aparelho(s), além do solicitado atualmente?

Não ☐ Sim ☐

Quais?: _____

d) Tempo estimado do tratamento com o aparelho solicitado: _____

e) Tempo estimado do tratamento total (se aplicável): _____

f) Descrição do tratamento:

