

Código Beneficiário:

Beneficiário:

Titular

Dentista:

info: 002025004908500863 to 1
Ondine's Center of the Silver

Version 5. Sentences Compose

CRO/UF: 43841R5

Dentição:	Permanente	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita ()	Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Angle:	Relação Canina: Direita I () II () III () Esquerda I () II () III ()		
Linha Média:	Coincidente () Desvio Superior: Direita () Desvio Inferior: Direita () Esquerda ()		
Relação Transversal:	Normal	Cruzada ()	Região Anterior () Unilateral () Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo () Acentuado ()	Normal () Positivo () Negativo () Moderado () Leve ()
Inclinação:	Superior	Alta ()	Normal ()
Dentária:	Inferior	Alta ()	Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruida ()	Bem Posicionada Mandíbula Protruída () Retruida () Bem Posicionada
Apinhamento:	Sim ()	Não ()	Sim ()
Reabsorção Ossea:	Sim ()	Não ()	Sim ()
Discrepância de Superiores (em mm)	Inferior (em mm)		
Modelos:	Dor Muscular Direita () Esquerda ()		
Articular:	Direita () Esquerda ()		
Necessidade de Tratamento:	Não ()	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()
Complementar:	Implantes () Pré Protéticas ()		

Queixa
Paciente:

Principal do

"Quero melhorar meu destino"

Plano de Tratamento:

Aparatologia:

Descrever Técnica:

Exodontias:

18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	Desgaste Inter proximal:	48	47	46	45	44	43	42	41	38	
28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	38

Ancoragem Superior (tipo): *Tubo de colagem*

Prognóstico Favorável ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses).

Paciente Possui Aparelho Instalado

Previamente

Declaro conhecer e concordar com o tratamento proposto acima e autorizo a Odontolife a realizar auditoria dos serviços executados sempre que julgar necessário.

Assinatura Beneficiário

Data da Consulta Inicial

data

integradamente por elas.

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo

Assinatura: *[Signature]*
CRO/R1 43.841
Dr.ª *[Signature]*
Cirurgia Dentista