

Código Beneficiário:

Beneficiário: Paulo Vinicius Bechman Aius

Titular:

Dentista: Sarah C. Honorato

CRO/UF: 20-827 SC

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decídua ()			
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()	Classe III ☒	Subdivisão Direita (☒) Subdivisão Esquerda (☒)	
Relação Canina:	Direita ☒ II () III ()	Esquerda I () II (☒) III ()				
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita (☒) Esquerda ()	Desvio Inferior:	Direita () Esquerda ()	
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região	Anterior () Posterior ☒	Unilateral ☒	Bilateral ()
Overjet:	Normal	Positivo () Negativo ☒	Acentuado () Moderado () Leve ☒	Overbite:	Normal ☒ Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()	Normal () Normal ()		
Maxila:	Protruída ☒	Retruída ()	Bem Posicionada	Mandíbula	Protruída ☒	Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim ☒ Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Reabsorção Óssea:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)		Inferior (em mm):			
Dor ou Ruído Articular:	Direita () Esquerda ()	Dor Muscular	Direita () Esquerda ()			
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não ☒ Sim ()	Fonoaudiologia ()	Otorrinolaringologia ()	Cirurgia Ortognática ()	Implantes ()	Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente:

corruços de mordido cruzada.

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva ☒
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa ☒	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Alinhamento, nivelamento, desgastes interproximais, arredondio dos vivos, corruços de mordido cruzada, corruços de classe dentária.</u>			

Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 48 47 46 45 44 43 42 41	21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38
-------------	--	--	--------------------------	--	--

Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):		
Prognóstico	Favorável ☒	Desfavorável ()	Duvidoso ()
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>36 meses</u>		
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não ☒	Sim ()	Há quanto tempo?

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.

11 / 11 / 24

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Dra. Sarah C. Honorato
Cirurgiã - Dentista
CRO - 20.827