

Código Beneficiário:

Beneficiário: José - Aurélio Espanhol

Titular:

Dentista: Jair Augusto Morgado

CRO/UF: 14927 - DF

Dentição:	Permanente (X)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (X)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I (X) II () III ()	Esquerda I (X) II () III ()	
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita () Esquerda (X)
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada (X)	Região Anterior () Posterior (X)
Overjet:	Normal	Positivo ()	Acentuado (X) Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ()	Baixa () Normal (X)
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (X)	Não ()	Diastemas: Sim () Não (X)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (X)	Radicular: Sim () Não (X)
Discrepância de Modelos:	Superior (em mm)	Inferior (em mm):	
Dor ou Ruído Articular:	Direita ()	Esquerda ()	Dor Muscular: Direita () Esquerda ()
Necessidade de Tratamento Complementar:	Não (X)	Sim ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()

Queixa Principal do Paciente:

ESTÉTICA E MÁ OCCLUSÃO DENTÁRIA

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (X)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (X)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>APARELHO ORTODÔNTICO FIXO METÁLICO COM TÉCNICA STRAIGHT WIRE, COAGEM DIRETA, NIVELAMENTO, ALINHAMENTO, CORREÇÃO DE OVERJET E OVERBITE, E FECHAMENTO DE ESPAÇOS.</u>			
Exodontias:	17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Desgaste Inter proximal:	17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	
Ancoragem Superior (tipo):	<u>CONVENCIONAL</u>	Inferior (tipo):	<u>CONVENCIONAL</u>	
Prognóstico:	Favorável (X)	Desfavorável ()	Duvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>24 MESES</u>			
Paciente Possui Aparelho Instalado Previamente?	Não (X)	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.

20 06 25
Data da Consulta Inicial

[Assinatura]
Assinatura Beneficiário

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

20 06 25
Data

Dr. Jair Morgado
Cirurgião Dentista
CRO 14927/DF