

Código Beneficiário: 00202512069700000 9102

Beneficiário: Jose Victor Luiz da Silva

Titular: _____

Dentista: Sandra Barbosa Albuquerque

CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente ☒	Mista ()	Decidua ()
Classificação de Angle:	Classe I ()	Classe II ()	Divisão 1ª () Subdivisão Direita () Divisão 2ª () Subdivisão Esquerda ()
Relação Canina:	Direita I () II () III ☒	Esquerda I ☒ II () III ()	Classe III ☒ Subdivisão Direita ☒ Subdivisão Esquerda ()
Linha Média:	Coincidente ()	Desvio Superior:	Direita ☒ Esquerda ()
Relação Transversal:	Normal ()	Cruzada ☒	Região Anterior () Posterior ☒
Overjet:	Normal	Positivo ☒ Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária:	Superior	Alta ☒ Inferior	Baixa () Baixa ☒ Normal ()
Maxila:	Protruída ()	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula () Protruída () Retruída () Bem Posicionada ()
Apinhamento:	Sim () Não ☒	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas Sim ☒ Não ()
Reabsorção Óssea:	Sim ☒ Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38	Radicular: Sim () Não ()
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: _____

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva ☒
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa ☒ Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Aparelho fixo

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

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

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

CRO 1860
Ortodontia Clínica Geral