

Código Beneficiário: 00202553315900584201

Beneficiário: Gustavo Henrique Cordeiro Gomes

Titular:

Dentista: Silvia M^o Ribeiro Pinco

CRO/UF: 20072/SC

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 ()	Desvio Inferior: Direita (x) Esquerda ()
Relação Transversal	Normal (x)	Cruzada ()	Região Anterior () Posterior ()
Overjet	Normal (x)	Positivo () Negativo ()	Acentuado () Moderado () Leve ()
Inclinação Dentária	Superior Inferior	Alta () Alta ()	Baixa () Baixa ()
Maxila	Protruída (x)	Retruida ()	Bem Posicionada ()
Apinhamento	Sim () Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38	Diastemas Sim () Não ()
Reabsorção Óssea	Sim (x) Não ()	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 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	Sim (x) Não ()	Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia () Cirurgia Ortognática ()	Implantes (x) Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: Arrumar os dentes para colocar implantes

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (x)
 Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (x) Ortopédica Extra Oral () Removível ()
 Descrever Técnica: Aparelho fixo sup. e inf. de mola a mola. Sequência de fios: 0,012/0,014/0,016 x 22/0,20 Aço 0,17/0,17 x 25/0,18/0,19 x 25.

Exodontias: 18 17 16 15 14 13 12 11 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 21 22 23 24 25 26 27 28 31 32 33 34 35 36 37 38

Ancoragem Superior (tipo): Inferior (tipo):
 Prognóstico: Favorável (x) Desfavorável () Duvidoso ()
 Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36 meses
 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.

Data da Consulta Inicial

Assinatura Beneficiário

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

Data

Assinatura Profissional e Carimbo

Silvia M^o Ribeiro Pinco
Cirurgia Dentista
CRO SC 20072