

Código Beneficiário: 002.025.105506.013623.2
Beneficiário: Isabela Helena Gomes
Titular: Leandro Vasconcelos Costa
Dentista: Andréa Braga Figueira CRO/UF: _____

Dentição:	Permanente (☒)	Mista ()	Decídua ()
Classificação de Angle:	Classe I (☒)	Classe II ()	Classe III ()
Relação Canina:	Direita I () II (☒) III ()	Esquerda I () II (☒) III ()	
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 () Normal ()
Maxila:	Protruída (☒)	Retruída ()	Bem Posicionada Mandíbula ()
Apinhamento:	Sim (☒)	Não ()	Diastemas Sim () Não (☒)
Reabsorção Óssea:	Sim ()	Não (☒)	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 ()

Queixa Principal do Paciente: "Sou bouda e preciso melhorar" Sic

Plano de Tratamento:	Preventiva ()	Interceptiva ()	Ortopédica ()	Corretiva (☒)
Aparatologia:	Ortopédica Funcional ()	Fixa (☒)	Ortopédica Extra Oral ()	Removível ()
Descrever Técnica:	<u>Col. Boguett Sup. OUBA.02; Col. for. de aço A16; molares e incisivos de baixa e/ou botão de Olmsted; Inst. Boguett inf.; Inst. de alinhamento e nivelamento; retentor do protó; intercuspidar; molares e Conf. Cont. Sup. móvel e inf. fixa; retentor de q. fixo e instalação móvel; protet. q. móvel</u>			
Exodontias:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	Desgaste Inter proximal:	18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	
Ancoragem Superior (tipo):	Inferior (tipo):			
Prognóstico	Favorável (☒)	Desfavorável ()	Dúvidoso ()	
Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses):	<u>14 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: 22/08/24 Assinatura Beneficiário: [Assinatura]
Declaro que as informações descritas neste documento são verdadeiras e me responsabilizo integralmente por elas.
Data: 22/08/24 Assinatura Profissional e Carimbo: [Assinatura]
CRO 64729