

Código Beneficiário: 002025 53311500116 703

Beneficiário: Demande Maio Eleutério

Titular:

Dentista: moriniella Picone Modurelva

CRO/UF: 22926

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

Queixa Principal do Paciente: Dentes tortos

Plano de Tratamento: Preventiva () Interceptiva () Ortopédica () Corretiva (✓)

Aparatologia: Ortopédica Funcional () Fixa (✓) Ortopédica Extra Oral () Removível ()

Descrever Técnica: MBT

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): 36 M

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