

PACIENTE: GUSTAVO

Dentição: Permanente (X) Mista () Decídua ()

Classificação de Angle: Classe I ()

Classe II (X) Divisão 1ª () Divisão 2ª () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()

Classe III () Subdivisão Direita () Subdivisão Esquerda ()

Relação Canina: Direita I (X) II () III () Esquerda I (X) II () III ()

Linha Média: Coincidente () Desvio Superior: Direita () Esquerda ()

Desvio Inferior: Direita () Esquerda (X)

Relação Transversal: Normal (X) Cruzada ()

Região: Anterior ()

Posterior () Unilateral () Bilateral ()

Overjet: Normal () Positivo () Negativo () Acentuado () Moderado () Leve (X)

Overbite: Normal () Positivo () Negativo () Acentuado () Moderado (X) Leve ()

Inclinação Dentária: Superior : Alta (X) Baixa () Normal ()

Inferior : Alta (X) Baixa () Normal ()

Maxila: Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()

Mandíbula Protruída () Retruída (X) Bem Posicionada ()

Apinhamento: Sim (X) 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 Não ()

Diastemas : Sim () 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 Não (X)

Reabsorção Óssea: Sim () 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 Não (X)

Radicular: Sim () 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 Não (X)

Discrepância de Modelos: Superior (em mm): -5MM

Inferior (em mm): -8MM

Dor ou Ruído Articular: Direita () Esquerda ()

Dor Muscular: Direita () Esquerda ()

Necessidade de Tratamento Complementar: Não (X) Sim () Fonoaudiologia () Otorrinolaringologia ()
) Cirurgia Ortognática () Implantes () Pré Protéticas ()

Queixa Principal do Paciente: falta de espaço para os caninos

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

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

Descrever Técnica: colagem superior e inferior , alinhamento e nivelamento, expansão dos arcos com desinclinação dos dentes posteriores, acentuação e reversão de curva de spee, abertura dos espaços para caninos superiores e inferiores, reanatomização do 35 e 45 que são muito grandes,, intercuspidação, estabilização, remoção do aparelho fixo e contenção 3x3 inferior e hawley superior.

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 (x) Desfavorável () Duvidoso ()

Tempo Previsto para Finalização do Tratamento (em meses): 36

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. 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